



**Universidade de
Aveiro**

2010

Escola Superior de Saúde da Universidade de
Aveiro

**Sérgio Miguel da Silva Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a
Ribeiro População Portuguesa**



**Universidade de
Aveiro**

2010

Escola Superior de Saúde da Universidade de
Aveiro

**Sérgio Miguel da Silva
Ribeiro**

**Contributo para a Adaptação e Validação do
WHODAS 2.0 para a População Portuguesa**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor António José Monteiro Amaro, Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e co-orientação científica da Professora Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha esposa e filho pelo incansável apoio.

o júri

presidente

Prof. Doutora Daniela Figueiredo

professora adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Doutor Jorge Lains

licenciado em medicina, especialista em Medicina Física e Reabilitação

Prof. Doutor António José Monteiro Amaro

professor coordenado da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós

professora coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao Professor Doutor António Amaro, pelo apoio e disponibilidade para a orientação deste estudo.

À Professora Doutora Alexandra Queirós, pelo apoio e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, pela partilha de conhecimento e interesse na realização desta investigação.

Ao Professor Joaquim Alvarelhão, pela sua presença, e atenção na resolução de problemas e necessidades com que nos fomos deparando.

À Professora Doutora Anabela Silva, pelo apoio, interesse e ajuda disponibilizados para a realização deste estudo.

À Ana Martins, minha colega de trabalho, pela sua ajuda e participação na realização e na adaptação das entrevistas realizadas ao longo da investigação.

Ao Doutor Álvaro Noronha, pela compreensão demonstrada e pela autorização concebida para a colocação de entrevistas.

À Fisioterapeuta Miriam Fidalgo, pela amizade e toda a ajuda na realização deste estudo.

Ao Fábio, meu irmão, pela sua presença paciente e pela sua disponibilidade constante.

palavras-chave

CIF, WHODAS 2.0, AVC, Funcionalidade, Incapacidade

resumo

O envelhecimento populacional conduz a um aumento da prevalência de doenças crónicas, sendo o Acidente Vascular Cerebral uma patologia crónica e uma das causas mais importantes de incapacidade na Europa e a primeira causa em Portugal. Este facto constitui uma crescente preocupação em todo o mundo não só pelo impacto a nível da saúde, de desempenho e produtividade, como também, pelos custos económicos e sociais que acarretam. Torna-se, por isso, premente o investimento em instrumentos que permitam avaliar a funcionalidade da população idosa.

A World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar as limitações nas actividades e restrições da participação. No WHODAS 2.0 a incapacidade é entendida independentemente de um quadro de doença ou condição de saúde prévia. O quadro conceptual de referência deste instrumento é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O WHODAS 2.0 foi desenhado para avaliar a funcionalidade em 6 domínios de actividade: Cognição, Mobilidade, Auto-cuidado, Relações Interpessoais, Actividades Diárias e Participação.

O objectivo deste trabalho é contribuir para a tradução, adaptação e validação do WHODAS 2.0 para a população portuguesa.

A versão portuguesa do WHODAS 2.0 foi aplicada a uma amostra de 17 indivíduos com diagnóstico de AVC e a uma amostra de 17 estudantes.

Como resultados do trabalho demonstrou-se que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 apresenta muito boa consistência interna, tendo em conta o valor global do Alpha de Cronbach (0,95) e muito boa concordância entre entrevistadores (ICC total de 0,91).

Assim, pode-se concluir que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 apresenta equivalência conceptual e semântica com a versão original revelando fácil aplicabilidade e compreensão. Apresenta também características psicométricas indicadoras de boa aplicabilidade no AVC.

keywords

ICF, WHODAS 2.0, Stroke, Functioning, Disability

abstract

The aging population leads to an increase of chronic illnesses, Cerebral Vascular Accident (CVA) is one of the main causes of incapacity in Europe and the first one in Portugal. This constitutes an increasing concern in the world not only because the impact in health, performance and productivity issues, but also, in economical and social costs. Therefore, it's urgent to invest in instruments that allows to assess the functionality of the elderly.

The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) is an instrument developed by the World Health Organization (WHO) to assess the activities limitations and participation restrictions. In WHODAS 2.0 incapacity is faced as an independent issue from illness pattern or previous health condition. The conceptual model of this instrument is the International Classification of Functionality, Incapacity and Health. WHODAS 2.0 was designed to assess the functionality in six domains of activity and participation: Cognition, Mobility, Self-care, Getting Along with People, Life Activities and Participation.

The objective of this work is to contribute to the translation, adaption and validation of WHODAS 2.0 for the Portuguese population.

The Portuguese version of WHODAS 2.0 was applied to a group of 17 individuals with CVA and a sample of 17 students.

As a result of the work, it was demonstrated that the Portuguese version of WHODAS 2.0 presents very good internal consistency, considering the global value of the Alpha de Cronbach (0.95) and very good agreement between the interviewers (ICC total of 0.91).

Thus, it can be concluded that the Portuguese version of WHODAS 2.0 presents conceptual equivalence and semantics with the original version, demonstrating as well to be easy to apply and understand. It also presents psychometric characteristics indicating a good applicability in Cerebral Vascular Accident.

Índice

Índice de Tabelas	4
Capítulo I – Introdução.....	7
1. Enquadramento	7
2. Objectivos do estudo.....	8
3. Estrutura da tese	8
Capítulo II – A CIF e a Alteração do Paradigma na Saúde	11
1. O envelhecimento populacional e o AVC	11
2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	12
2.1. Evolução de conceitos associados à CIF.....	13
2.2. Estrutura da CIF	16
2.3. Instrumentos de avaliação e aplicação da CIF	19
2.4. WHODAS 2.0.....	21
2.5. Versões do WHODAS 2.0	27
2.6. A CIF e o WHODAS 2.0	28
3. Conclusão	29
Capítulo III – Metodologia.....	31
1. Introdução	31
2. Considerações éticas	31
3. Desenho do estudo	31
4. População alvo	32
5. Hipóteses do estudo	32
6. Contexto do estudo	32
7. Amostra.....	33
8. Instrumentos de medida	33
9. Fases do estudo	35

9.1. Fase 1: Tradução e adaptação cultural e linguística do WHODAS 2.0 para português.....	35
9.2. Fase 2: Verificação da equivalência conceptual e semântica do WHODAS 2.0	36
9.3. Fase 3: Avaliação da fiabilidade e validade do WHODAS 2.0	36
10. Organização do estudo	39
11. Análise estatística	40
Capítulo IV – Apresentação dos Resultados	43
1. Introdução	43
2. Fases do estudo	43
2.1. Fase 1: Tradução e adaptação cultural e linguística do WHODAS 2.0 para português.....	43
2.2. Fase 2: Verificação da equivalência conceptual e semântica do WHODAS 2.0	44
2.3. Fase 3: Avaliação da fiabilidade e validade do WHODAS 2.0	44
3. Avaliação da fiabilidade	46
4. Validade de critério.....	47
5. Validade de constructo.....	48
6. Correlação inter-domínios do Whodas 2.0	49
Capítulo V - Discussão de Resultados.....	51
1. Considerações finais e limites do estudo	55
Capítulo VI – Conclusões.....	57
1. Resumo do trabalho	57
2. Sistematização dos resultados.....	57
3. Trabalhos futuros	57
7. Bibliografia	59
ANEXO 1 – Autorização da Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro E.P.E... 63	
ANEXO 2 – Versão Portuguesa de 36 itens do WHODAS 2.0	65

ANEXO 3 – Índice de Bartel.....	75
ANEXO 4 – Escala de Rankin Modificada	77
ANEXO 5 – Versão pré-final do WHODAS 2.0 – versão 2	78
ANEXO 6 – WHODAS 2.0 – versão 3	87
ANEXO 7 – Convite à Participação	95
ANEXO 8 – Consentimento Informado	99
ANEXO 9 – Grau de Dificuldade	101
ANEXO 10 – Significado de “Condição de Saúde” e “Ter dificuldade numa actividade”	102

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Exemplos de comentários/dificuldades resultantes da aplicação do WHODAS II versão 2.	44
Tabela 2 Análise Descritiva: Número de participantes, média, mínimo e máximo para cada domínio da versão portuguesa do WHODAS 2.0 e para cada grupo.	45
Tabela 3 – Fiabilidade: resultados do teste de Alpha de Cronbach para os 6 domínios da versão portuguesa do WHODAS 2.0.....	46
Tabela 4 – Análise de fiabilidade: Coeficiente de Correlação Intraclass e intervalos de confiança para cada domínio na amostra de utentes com AVC. Fiabilidade inter-observadores	47
Tabela 5 - Correlação inter-escalas: Coeficiente de Correlação de Spearman e Kendall's tau de todos os domínios das escalas Índice de Barthel e Escala de Rankin Modificada.....	48
Tabela 6 – Comparação de Média e Desvio Padrão entre a amostra com AVC e a amostra padrão de estudantes.	48
Tabela 7 – Correlação inter-domínios: Coeficiente de Correlação de Pearson entre os 6 domínios e o valor total da amostra dos utentes com AVC.	49

Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividades da Vida Diária

CAT – Computer-Adaptive Testing

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Dp – Desvio Padrão

ERM – Escala de Rankin Modificada

GSDS – Groningen Social Disabilities Schedule

IB – Índice de Barthel

ICIDH – International Classification of Impairment, Disability and Handicap

MFR – Medicina Física e Reabilitação

NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

NIDA – National Institute on Drug Abuse

NIH – Nacional Institutes of Health

NIMH – National Institute of Mental Health

OMS – Organização Mundial de Saúde

TFAI – Task Force on Assessment Instruments

WHO/NIH – Join Project on Assessment and Classification of Disability

WHODAS 2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Capítulo I – Introdução

1. Enquadramento

Os avanços recentes ao nível dos cuidados de saúde têm contribuído de forma significativa na redução da mortalidade e, conseqüentemente, no aumento da longevidade da população. Este facto conduz ao aumento da prevalência das doenças crónicas, sendo estas um factor de risco que mais contribui para o aumento da incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Este contexto faz com que a necessidade de cuidados de saúde para com a população idosa seja maior [1]. Em simultâneo, esta população, apresenta um aumento de incapacidade associada á diminuição da funcionalidade nos vários domínios da vida. Assim, há a necessidade de medir a funcionalidade por forma a encontrar estratégias adequadas que respondam de forma eficaz ou eficiente ás necessidades da população idosa.

Na saúde, apesar do valor da informação que o diagnóstico fornece, este não é, por si só, suficiente para conhecer e compreender o impacto que a doença tem no dia-a-dia do utente. Por isso, é tão importante conhecer o diagnóstico, como saber se uma pessoa pode realizar as actividades habituais necessárias para um bom desempenho do seu papel no trabalho, em casa, na escola e/ou outras áreas sociais. Ou seja, conhecer o nível de funcionalidade de uma pessoa, sabendo que a saúde pode condicionar essa funcionalidade [1].

O conhecimento do diagnóstico, da funcionalidade e incapacidade dão uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizada no apoio à tomada de decisão pelos profissionais em serviços clínicos e sociais [2]. Em muitos casos, as pessoas procuram um serviço de saúde devido à sua incapacidade e não à existência de uma doença e mesmo os prestadores de serviços de saúde consideram a incapacidade um factor clinicamente significativo para a avaliação do utente e planeamento de uma intervenção adequada a este [1].

Na obtenção de uma avaliação eficiente é indispensável a utilização de instrumentos de medida que facilitem a recolha de toda a informação relevante para a tomada de decisão dos prestadores de cuidados. Contudo, a medição apropriada da funcionalidade e incapacidade tem sofrido com a falta de definições e de instrumentos consistentes para recolha da informação relevante. A medição da incapacidade é difícil de definir uma vez

que este conceito está relacionado com diversas áreas da vida, e envolve interacções entre a pessoa e o seu ambiente. Deste modo, surge a necessidade de criar e usar instrumentos de medida da incapacidade para estabelecer prioridades na intervenção, avaliar os resultados, a efectividade e desempenho dos serviços de saúde [1].

Para responder a esta necessidade a Organização Mundial de Saúde (OMS), seguindo um dos seus objectivos consolidação e operacionalização de um quadro conceptual de funcionalidade e incapacidade humana [3], desenvolveu o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0. Este instrumento de avaliação fornece uma forma uniformizada de medir a saúde e incapacidade em diferentes culturas [1]. A construção deste instrumento foi fundamentada no quadro conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que, também foi desenvolvida pela OMS, e serve para classificar a funcionalidade e incapacidade associadas aos estados de saúde ou relacionados com a saúde [2].

O aparecimento do WHODAS 2.0 foi um contributo importante para a avaliação de situações de grande limitação funcional, como os casos com diagnóstico de AVC. O WHODAS 2.0 ainda não está disponível em todas as línguas, incluindo o português, factor que me levou a desenvolver o presente estudo com o objectivo de contribuir para a tradução, adaptação e validação do WHODAS 2.0 para a população portuguesa.

2. Objectivos do estudo

O objectivo geral deste estudo é contribuir para a tradução, adaptação e validação do WHODAS 2.0 para a população portuguesa. Os objectivos específicos passam por: realizar a adaptação cultural e linguística da WHODAS 2.0 para a população portuguesa e; analisar se o WHODAS 2.0 é um instrumento fiável e válido para avaliar a funcionalidade e incapacidade em pessoas com limitações (pessoas idosas que sofreram um AVC há mais de seis meses) e sem limitações, através da análise de algumas características psicométricas, tais como a consistência interna e fiabilidade inter-observadores para a fiabilidade, e correlações para análise da validade.

3. Estrutura da tese

A presente tese está organizada em seis capítulos. No capítulo I – Introdução, onde se apresenta o enquadramento do estudo, objectivos deste trabalho e a estrutura da tese. O capítulo II - A CIF e a Alteração do Paradigma na Saúde, abrange as alterações relativas

aos conceitos da CIF e como esta classificação está organizada, assim como a criação do WHODAS 2.0 e a explicação deste instrumento de avaliação. O capítulo III – Metodologia, refere-se à metodologia utilizada para este estudo e à explicação de cada fase. No capítulo IV – Apresentação de Resultados, apresentam-se os resultados de cada fase do estudo. No capítulo V – Discussão dos Resultados, são discutidos estes resultados e apresentadas as limitações do estudo. Finalmente, o capítulo VI é destinado à conclusão, que inclui um pequeno resumo do trabalho, a sistematização dos resultados e os trabalhos futuros que poderão ser desenvolvidos.

Capítulo II – A CIF e a Alteração do Paradigma na Saúde

1. O envelhecimento populacional e o AVC

O envelhecimento da população é um factor determinante no aumento da prevalência de doenças crónicas numa fase avançada da vida, sendo este um dos factores de risco que mais contribui para o aumento da incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) [5].

O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade na Europa. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença cardíaca e os AVC matam cerca de 17 milhões de pessoas por ano e, em 2020, prevê-se que se tornem a principal causa de morte e incapacidade no mundo, com o número de fatalidades previsto a aumentar para mais de 20 milhões por ano [4-5]. Os dados da OMS de 2004 mostraram a ocorrência de 5 712 000 óbitos no mundo devido a doenças cerebrovasculares (984 000 na Europa) e uma prevalência de 30 471 000 casos no mundo (6 096 000 na Europa). Neste mesmo ano, segundo a OMS, a incidência mundial relativa ao primeiro episódio de AVC foi de 9 017 000 (1 424 000 na Europa) sendo que, destes casos, em média, 92% ficaram com incapacidades [6-9].

Em Portugal, o AVC é a principal causa de mortalidade e morbilidade e a terceira causa nos países industrializados [10]. Segundo a OMS, no ano de 2003, em Portugal verificavam-se nove casos de AVC por dia em cada 1 000 pessoas e, em 2002, morriam 20 069 pessoas devido a esta patologia [11]. Segundo dados do Ministério da Saúde, a mortalidade por AVC antes dos 65 anos, em 2001, era de 17,9 por cada 100 000 pessoas e, em 2008, foi de 9,9 por cada 100 000 pessoas. A letalidade intra-hospitalar, em 2004, era de 15,5 e, em 2008, de 14,8 por cada 100 000 pessoas [12-13].

A OMS define o AVC como uma doença vascular, com um quadro de instalação rápido, cujos sintomas duram pelo menos 24 horas e podem causar a morte. Trata-se de um evento causado por um bloqueio vascular que impede que o sangue chegue a todas as células do cérebro. O tecido cerebral não regenera e quando não recebe o suprimento de nutrientes e oxigénio que necessita entra em sofrimento, podendo mesmo levar à morte celular irreversível. A causa mais comum deste evento é o depósito de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos, tornando-os mais estreitos e menos flexíveis. Deste modo, os vasos sanguíneos ficam mais susceptíveis de serem bloqueados ou por

um coágulo de sangue, ou pelo crescimento da placa de gordura que ocupa grande parte do lúmen do vaso [10, 14-15].

Os sintomas imediatos mais frequentes do AVC são: diminuição da força muscular da face e dos membros superiores e inferior do mesmo lado do corpo, podendo ainda ser acompanhado por confusão, dificuldade na articulação das palavras ou na compreensão do discurso, dificuldade na visão, entre outros. Os sintomas do AVC dependem da parte do cérebro que foi afectada e da extensão da lesão [14-15]. Do AVC resultam incapacidades que podem ser temporárias ou permanentes. Estas incapacidades ocorrem basicamente a nível das Actividades da Vida Diárias (AVD), como a alimentação, higiene, vestir, despir, auto-cuidado, na mobilidade, na comunicação e na relação com a família e com a sociedade. A reabilitação das pessoas que sofreram um AVC é fundamental para as ajudar a readquirir a função física, psicossocial e profissional [10].

Judith Mackay, co-autora do Atlas das Doenças Cardiovasculares afirmou: “Não interessa quais os avanços que ocorrem na medicina de alta tecnologia, a mensagem fundamental é que qualquer redução significativa nas mortes e incapacidades causadas pelas doenças cardíacas e pelo AVC deverá provir principalmente da prevenção e não somente da cura” [5]. No entanto, mesmo com o avanço da tecnologia e dos recursos disponíveis, 60% das pessoas que sofrem um AVC morrem ou ficam dependentes e com incapacidades [15]. Estes dados demonstram a importância de existirem formas de avaliar e medir as consequências do AVC (incapacidades e/ou limitações funcionais), fornecendo informação relevante sobre a necessidade de utilização de serviços de saúde para a reabilitação a diferentes níveis do utente.

2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A OMS tem como objectivo fornecer instrumentos que possam ser utilizados no sentido de melhorar as políticas de saúde, garantir uma maior qualidade na saúde das populações e de assegurar que os sistemas de saúde sejam os mais eficazes possíveis [16]. Em suma, este organismo tem como objectivos gerais elaborar directrizes e normas sanitárias, ajudar os países a abordar as questões de saúde pública e apoiar e promover as investigações sanitárias [17].

A família das classificações internacionais da OMS proporciona um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde e utiliza uma linguagem

comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências [2]. A OMS tem, também, um papel decisivo na consolidação e operacionalização de um quadro conceptual de funcionalidade e incapacidade humanas [3]. Assim, em 2001, criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), projecto que desenvolveu para avaliar e classificar a funcionalidade, incapacidade e saúde humanas, e que resultou da reunião de representantes de mais de 100 países, investigadores e utilizadores numa colaboração internacional [1].

A Classificação Internacional de Doenças da OMS, Décima Revisão (CID-10) classifica, principalmente, os estados de saúde (por exemplo, doenças, perturbações ou lesões), fornecendo uma estrutura de base etiológica. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Assim, a CID-10 e a CIF são complementares e é estimulada a sua utilização em conjunto. A CID-10 classifica doenças e pode ser complementada pelas informações adicionais sobre funcionalidade fornecidas pela CIF. Em conjunto, os dados sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade, dão um conhecimento mais amplo e significativo da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizado em tomadas de decisão [2].

2.1. Evolução de conceitos associados à CIF

Em 1975, visando responder à necessidade de aumentar o conhecimento sobre as consequências das doenças, começou a circular, como um documento interno da OMS, uma versão da International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH). Em Maio de 1976, na XXIX Assembleia Mundial da Saúde, foi adoptada a resolução WHA-29.35 na qual se aprovou a publicação, com carácter experimental, da classificação suplementar de deficiências e desvantagens como um suplemento e não como parte integrante da CID [2, 18-19]. Finalmente, em 1980, a OMS publicou a primeira versão da ICIDH [20].

O modelo da ICIDH (OMS 1993) identifica três conceitos ou níveis: deficiência (nível orgânico), incapacidade (nível pessoal) e desvantagem (nível social) [21]. Deficiência é definida como qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, física ou anatómica. Incapacidade é definida como qualquer restrição ou perda (resultante da deficiência) na capacidade de realizar uma actividade ou variações desta,

de forma considerada normal. Desvantagem é definida como o impedimento sofrido por uma pessoa, resultante de uma deficiência ou incapacidade que limita ou previne o cumprimento de um papel normal, como qualquer pessoa (de acordo com a idade, género e factores sócio-culturais); reflecte a adaptação da pessoa ao meio ambiente. Foi considerado que estes três conceitos estavam relacionados, no entanto eram independentes. Por outras palavras, uma pessoa pode ter uma deficiência sem incapacidade, ou uma incapacidade sem desvantagem [18-21].

Na Figura 1 encontram-se esquematizados os três níveis da classificação.

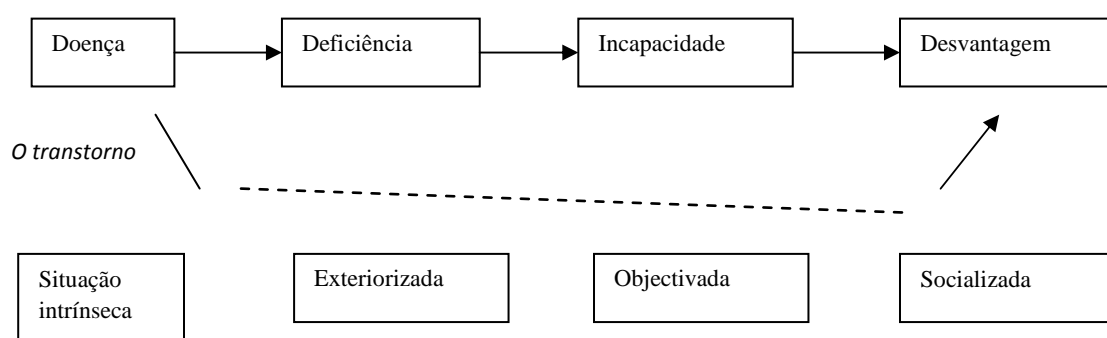


Figura 1 – Modelo das consequências das doenças [18].

O processo de revisão da ICIDH apontou algumas fragilidades: a falta de relação entre as dimensões que a compõem; a sua natureza unidimensional; o predomínio de uma terminologia negativa para descrever a maioria das condições, centrada na deficiência; a referência ao modelo médico de incapacidade, sequencial e causal; a incapacidade vista como feito individual e resultado directo de uma deficiência da pessoa; a escassa abordagem dos aspectos sociais e contextuais; emprego de termos de forma inadequada, especificamente no contexto científico; impossibilidade de comparar informação de outros contextos [18-20].

Tendo em conta estas fragilidades, em 1987, teve início a rede de centros colaboradores da OMS para o desenvolvimento e aplicação da ICIDH (12). Em 1993 principiou o processo de revisão da classificação, altamente participado por diferentes entidades internacionais, por um elevado número de especialistas e por organizações representativas de pessoas com deficiências [3, 18]. Em 1996 foi publicado o Rascunho Alfa da ICIDH que incorporava o novo modelo e no ano seguinte foi finalizado o Rascunho Beta-1 para os trabalhos de campo. Em Julho de 1999 foi publicada uma nova

versão da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (Rascunho Beta-2 da ICIDH-2). A OMS organizou uma reunião internacional em Madrid, de 15 a 18 de Novembro de 2000, com o objectivo de rever os resultados dos trabalhos de campo da versão Beta-2 da ICIDH, repensar a versão pré-final e propor novas estratégias para a disseminação e aplicação da ICIDH-2. Mais tarde, em Dezembro de 2001, publicou-se a versão pré-final da ICIDH-2 [18]. Meses antes desta publicação, a 22 de Maio de 2001, na 54.^a Assembleia Mundial de Saúde foi aprovada a nova classificação, com o título *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), em português, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, com a finalidade de ser adoptada como o quadro de referência da OMS para a saúde e incapacidade, com um âmbito de aplicação mundial [3, 18-20].

Ainda que a CIF, no âmbito da família das Classificações Internacionais da OMS, seja referenciada como uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde, é importante salientar que o conceito de saúde, neste documento, refere-se a diversos áreas da vida, como a funcionalidade, o bem-estar e a qualidade de vida. A CIF faz um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde, introduzindo uma visão diferente da saúde, que permite entender o conceito de saúde ou estados relacionados com a saúde num contexto específico. Deste modo, saúde é vista como um recurso para a vida, enfatizando os recursos sociais, pessoais e a capacidade física. Esta é a multidireccionalidade do modelo da CIF, em que os factores pessoais, sociais e ambientais não são menos importantes que a presença da doença, na determinação da função, das actividades e da participação [3, 22].

A perspectiva linear e progressiva aplicada na ICIDH-2 é abandonada na CIF para implementar um modelo interactivo circular, no qual a funcionalidade e incapacidade de uma pessoa são consideradas o produto de uma interacção dinâmica, entre as condições de saúde (doenças, desordens, ou lesões) e os factores contextuais, incluindo os pessoais e ambientais [20, 23]. A CIF não classifica as pessoas, mas antes interpreta as suas características, nomeadamente, as estruturas e funções do corpo, incluindo as psicológicas, as interacções das pessoas com o meio ambiente (actividades e participação) e as características do meio ambiente (factores contextuais), o que vai permitir descrever o estatuto funcional da pessoa, ocorrendo, consequentemente, a descentralização dos aspectos negativos. Assim, o modelo de classificação da

funcionalidade e incapacidade deixa de ver o indivíduo como uma pessoa com deficiência, mesmo que temporária, e dá ênfase a todos os componentes que favorecem e dificultam a execução das funções, tanto biológicas quanto sociais. Em suma, a deficiência é um resultado complexo e multideterminado de três factores principais: a saúde do indivíduo, os factores pessoais e os ambientais [3, 20, 23].

No novo modelo biopsicossocial, a incapacidade, entendida como uma limitação da actividade do indivíduo ou restrição na participação social, está relacionada com um estado de saúde, convencionalmente percebido como patológico, mas não necessariamente causado pela mesma condição [3, 20, 23]. O modelo reconhece que a incapacidade é multidimensional e é produto da interacção entre os atributos de um indivíduo e características físicas da pessoa, ambiente social e atitudinal [1].

2.2. Estrutura da CIF

Na CIF é explorado o aspecto positivo do termo funcionalidade, ou seja, através das funções dos órgãos e sistemas, das estruturas do corpo, do desempenho nas actividades e participação e das condições ambientais é possível determinar o que a pessoa consegue fazer na sua vida diária [19]. O aspecto negativo da CIF corresponde à incapacidade, definida como o resultado da interacção entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), limitação da actividade e restrição da participação social e os factores ambientais, que podem actuar como barreiras ou como facilitadores do desempenho dessas actividades e da participação [2-3, 24].

A CIF é um sistema de classificação hierárquico dividido em duas partes, cada uma com dois componentes: a primeira parte, ou parte 1, refere-se à Funcionalidade e Incapacidade, onde estão incluídos os componentes Funções e Estruturas do Corpo e Actividades e Participação; a segunda parte, ou parte 2, refere-se aos Factores Contextuais e inclui os componentes Factores Ambientais e Factores Pessoais (Figura 2) [2]. Cada componente pode ser expresso tanto em termos negativos como em termos positivos. Os componentes contêm vários domínios, e em cada domínio há várias categorias, que são as unidades de classificação [18, 20].

A saúde e os estados relacionados com a saúde de um indivíduo podem ser registados através da selecção do código ou códigos apropriados da categoria e do acréscimo de

qualificadores [2]. Cada componente é identificado com uma letra (funções do corpo – b; estruturas do corpo – s; actividades e participação – d; e factores ambientais – e). As letras identificativas dos componentes são seguidas por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada) [2]. O uso de qualquer código na CIF deve ser acompanhado por um qualificador, que fornece a medida da gravidade do problema em questão (sem problema - 0, ligeiro - 1, moderado - 2, grave - 3 ou completo - 4). O qualificador é apresentado como mais um dígito adicionado ao código e completa a informação fornecida [2, 22], especificando a extensão ou magnitude da funcionalidade ou da incapacidade naquela categoria (ex.: b730.1 – deficiência ligeira nas funções relacionadas com a força muscular), ou em que medida um factor ambiental é facilitador ou barreira (ex.: e110+2 – produtos ou substâncias para consumo pessoal com um grau de facilitação moderado).

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do corpo Estruturas do corpo	Áreas vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudanças nas Funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas Estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade de execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto Facilitador ou Limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos Positivos	Integridade Funcional e Estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos Negativos	Deficiência	Limitação da Actividade Restrição da Participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Figura 2 – Visão geral da CIF [2]

O Diagrama 1 apresenta um esquema onde as condições funcionais da pessoa dependem não só da doença, mas também do meio ambiente físico e social, das diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, da disponibilidade de serviços e da legislação [19].

Os factores contextuais incluem os factores externos e os factores internos. Relativamente aos factores externos, estes incluem as atitudes sociais, características arquitectónicas, situações climáticas, entre outras. Os factores internos incluem os pessoais: sexo, idade, antecedentes pessoais, predisposição para lidar com problemas, educação, profissão, experiência anterior e actual, carácter, entre outros factores que influenciam o desempenho do indivíduo. As interações dos componentes do modelo são bidireccionais e as intervenções que afectam um componente podem potencialmente modificar um ou mais dos restantes componentes. Os factores ambientais e pessoais têm, assim, um papel importante neste processo uma vez que interagem com os estados de saúde do indivíduo e determinam o nível de funcionalidade deste [16, 21].

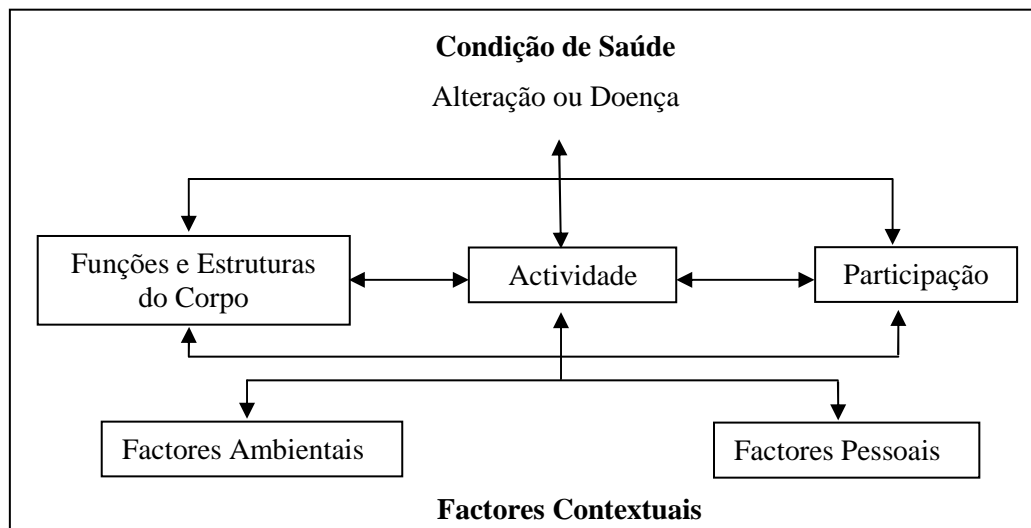


Diagrama 1 - Modelo de Incapacidade da ICF [2].

A CIF, como uma classificação que propõe retratar os aspectos de funcionalidade, incapacidade e saúde, adquire um carácter multidisciplinar, com possibilidade de aplicação em todas as culturas e introduz, pela primeira vez os factores contextuais [22, 25]. O objectivo pragmático da CIF é fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e estados relacionados com a saúde, melhorando a comunicação entre profissionais, investigadores, serviços, países, organizações de saúde e políticos, bem como o acompanhamento da sua evolução no tempo [20, 22, 26]. A CIF é uma classificação que apresenta muitas finalidades e foi elaborada para servir várias disciplinas e sectores diferentes. Os seus objectivos específicos passam por proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde; permitir a comparação

de dados entre países, serviços, disciplinas e em diferentes momentos ao longo do tempo; proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde [27]. Esta classificação pretende, também, fornecer um referencial teórico para descrever os aspectos da saúde das pessoas sendo, por isto, este referencial de grande aplicabilidade na recuperação do utente [24]. A CIF tem facilitado a aquisição de um consenso mundial, tendo sido progressivamente aceite como quadro de referência para a descrição da funcionalidade [28].

Reforçando o conteúdo apresentado acima, Stucki, Ewert e Cieza (2003) estabeleceram uma discussão geral sobre o potencial da CIF como uma ferramenta funcional e chegaram à conclusão que a nova linguagem utilizada constitui um marco para a reabilitação, colocando a CIF numa posição forte no contexto da comunidade médica, pois reforça a comunicação multidisciplinar e melhora a comunicação entre utentes e profissionais de saúde. A visão geral destes autores levou-os a concluir que a CIF é uma ferramenta necessária e essencial, uma vez que fornece uma estrutura comum para a descrição do estado funcional no registo da saúde, fazendo com que esta informação possa ser comparável e de valor. Estes constataram que a CIF conceptualiza a funcionalidade de um ponto de vista holístico e da experiência de vida vantajosa, permitindo assim o planeamento da intervenção dirigida a todas as pessoas ou ao seu ambiente [26].

Para tornar possível a avaliação através da CIF são necessários instrumentos que assentem nos princípios básicos desta classificação e que recolham informações referentes à funcionalidade e incapacidade.

2.3. Instrumentos de avaliação e aplicação da CIF

De acordo com a OMS, a avaliação da incapacidade torna-se um factor vital, uma vez que o diagnóstico acompanhado pela avaliação da incapacidade fornece informação mais clara, no que respeita à utilização dos serviços de saúde, à identificação das necessidades, à duração da hospitalização, ao desempenho no trabalho, e às melhorias da funcionalidade após a alta hospitalar [29].

A aplicação directa da CIF e dos seus códigos tem sido, desde o início, uma tarefa bastante exigente e complexa. Por esta razão, a OMS desenvolveu três metodologias de

avaliação a partir da CIF para simplificar a sua aplicação: *Checklist*, *Core Set* e WHODAS 2.0 [20, 22].

A *Checklist* (OMS 2003) é uma lista genérica que contém as condições mais importantes a serem levantadas aquando da avaliação do utente e facilita a descrição do seu perfil funcional. É composta por 152 categorias que representam os domínios mais relevantes da CIF e classifica 38 categorias das funções do corpo, 20 categorias da estrutura do corpo, 57 categorias das actividades e participação e 37 categorias dos factores ambientais [19-20].

A *Checklist* da CIF não é, na realidade, um instrumento para medir ou avaliar: a sua utilidade provém da possibilidade de utilizar as categorias, como base, para identificar os problemas funcionais da pessoa, ao mesmo tempo que estabelece qual e em que medida cada ambiente actua como barreira ou, inversamente, facilitador [19-20]. Este instrumento é aplicado ao utente ou aos seus cuidadores, sendo constituído por uma parte introdutória, que inclui informação biográfica, o código CID-10 e a especificação da pesquisa da informação; a primeira parte, contém a lista de categorias das funções do corpo e estruturas do corpo; a segunda parte, compreende a lista das categorias para as Actividade e Participação que representa os aspectos da funcionalidade a partir da perspectiva individual e social; e, finalmente, a terceira parte que contém a lista de categorias relativas aos factores ambientais que representam o ambiente físico, social e de atitudes da pessoa [20, 22].

A elaboração dos *Core Sets* para algumas condições crónicas é outro instrumento de avaliação baseado na CIF [20, 22]. O método utilizado para o desenvolvimento dos *Core Sets* envolve um processo consensual e de tomada de decisão que integra evidências recolhidas de estudos preliminares e opiniões de especialistas. Este processo de tomada de decisão consiste em duas partes: a primeira que objectiva a selecção dos *Core Sets Genéricos* da CIF (necessários para descrever e comparar as diferentes condições de saúde); a segunda parte onde, a partir das categorias destes *Core Sets* são constituídos os *Core Sets Específicos* da CIF (úteis para descrever e classificar a funcionalidade em utentes com problemas de saúde específicos). Deste modo, os *Core Sets* incluem as principais categorias da CIF para uma condição específica, as suficientes para ter aplicabilidade prática. Ou seja, as necessárias para ser suficientemente abrangente e descrever o espectro clínico dos problemas de

funcionalidade do indivíduo com condições de saúde específicas. As categorias dos *Core Sets* da CIF para uma condição servem para descrever o impacto da doença de forma comparável em todos os estudos. Por exemplo, existem *Core Sets* para o AVC, *Core Sets* para a doença bipolar, *Core Sets* para a Esclerose Múltipla, *Core Sets* para as Lesões Medulares, entre outros. [30-31].

Com o objectivo reflectir as características principais da CIF e de suportar a aplicação desta classificação, foi construído o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). O WHODAS 2.0 é um instrumento de avaliação da incapacidade resultante da doença e da interacção da pessoa com o ambiente [1, 20]. Foi desenhado para avaliar as limitações nas actividades e restrições na participação vividas por uma pessoa, independente do diagnóstico médico. O WHODAS original (publicado pela OMS em 1988) foi um instrumento desenvolvido para avaliar a funcionalidade, principalmente em utentes psiquiátricos. Desde então, o instrumento foi submetido a revisões pelo Centro Colaborador da OMS em Groningen, na Holanda, sendo publicado pelo “Groningen Social Disabilities Schedule” (GSDS) [1].

2.4. WHODAS 2.0

Em 1995, a OMS comprometeu-se com o desenvolvimento de uma nova medida de incapacidade e funcionalidade. Esta nova ferramenta de medida seria fundada no quadro de referência da ICIDH e serviria de medida comum para comparar as doenças físicas e distúrbios relacionados com o álcool, drogas e com a saúde mental [20, 32].

O WHODAS 2.0 foi desenvolvido através da colaboração entre a OMS e as seguintes organizações dos Estados Unidos da América: Nacional Institutes of Health (NIH) [32], National Institute of Mental Health (NIMH), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) e National Institute on Drug Abuse (NIDA). O projecto é conhecido como WHO/NIH - Join Project on Assessment and Classification of Disability [1].

A metodologia usada no desenvolvimento do WHODAS 2.0 teve várias características únicas:

- Uma abordagem de colaboração internacional, com o objectivo de desenvolver um instrumento genérico e simples para avaliar o estado de saúde e incapacidade em diferentes áreas;
- Um conjunto único de protocolos de estudo com aplicação transcultural, para assegurar que o WHODAS 2.0 teria um grau elevado de funcionalidade e equivalência métrica nas diferentes culturas e sectores
- Uma ligação á metodologia da CIF, para permitir que este novo instrumento tenha uma ligação directa á CIF [1].

Tendo em conta esta colaboração internacional promovida para desenvolver o WHODAS 2.0, vários centros de diferentes culturas foram envolvidos na operacionalização do instrumento, escrevendo e seleccionando questões, resultantes de escalas de respostas e realizando testes piloto [1, 32]. A uniformização e equivalência entre definições e tradução estiveram na frente do processo de desenvolvimento. Para assegurar que a colaboração era genuinamente internacional, os centros de campo foram seleccionados com base na diferença das definições, nível de industrialização, serviços de saúde disponíveis e outros marcadores relevantes para a medição da saúde e incapacidade, como o papel da família, a percepção do tempo e percepção da própria religião e religião dominante [1].

A pesquisa internacional extensível e rigorosa envolvida no desenvolvimento do WHODAS 2.0 teve por base:

- Uma revisão crítica da literatura na conceptualização e medição da funcionalidade e incapacidade, e dos instrumentos relacionados;
- Um estudo sistemático de aplicabilidade transcultural;
- Uma série de estudos de campo empíricos para desenvolver e refinar o instrumento [1].

Na preparação para o desenvolvimento do WHODAS 2.0, a OMS construiu a Task Force on Assessment Instruments (TFAI), da qual faziam parte especialistas internacionais para rever os instrumentos existentes. Este grupo de especialistas escolheu uma vasta gama de instrumentos, incluindo várias medidas de incapacidade,

deficiência, qualidade de vida e outros estados de saúde (actividades da vida diária, actividades instrumentais da vida diária, medidas globais ou específicas, bem estar subjectivo e qualidade de vida) [1]. Os cerca de 300 instrumentos revistos reflectiram uma diversidade em relação ao quadro teórico, terminologia, medidas de constructo, estratégias de avaliação, avaliação do nível de capacidade, avaliação das metas e foco de avaliação. Apesar desta diversidade, foi possível refinar um conjunto de itens (ou seja, núcleos de domínios da funcionalidade e incapacidade) e ligá-los com a CIF [1, 32].

A informação sobre os instrumentos foi compilada numa base de dados que mostra os conjuntos de itens comuns, a sua origem e propriedades psicométricas conhecidas. Durante dois anos, o grupo reviu a informação e o conjunto de itens, utilizando a CIF como quadro de referência comum. Esta análise possibilitou a construção do WHODAS 2.0 contribuindo para a já conhecida base de todos os instrumentos de avaliação que existem [1].

Depois de uma deliberação cuidada e testes piloto iniciais, a TFAI agrupou os itens nos 6 domínios seguintes:

- Domínio 1: Cognitivo – avalia a comunicação e a compreensão. As áreas específicas avaliadas incluem a concentração, memória, resolução de problemas, aprendizagem e comunicação;
- Domínio 2: Mobilidade - avalia actividades como permanecer de pé, andar dentro de casa, sair de casa e andar uma distância longa;
- Domínio 3: Auto-cuidado – avalia higiene, vestir, comer e ficar sozinho;
- Domínio 4: Relações Interpessoais – avalia interacções com outras pessoas e dificuldades que possam ser encontradas neste domínio da vida devido a uma condição de saúde; neste contexto, “outras pessoas” inclui pessoas que lhe são próximas (esposa/marido ou companheiro, membros da família ou amigos) e também pessoas que não conhece (estranhos);
- Domínio 5: Actividades Diárias – avalia a dificuldade nas actividades do dia-a-dia (aquelas que as pessoas fazem na maior parte dos dias, incluindo aquelas associadas às responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola);

- Domínio 6: Participação – avalia as dimensões sociais, tais como actividades na comunidade, barreiras e obstáculos no ambiente á sua volta e problemas com questões diversas, tais como manter a dignidade pessoal. As questões não se referem necessariamente e unicamente á componente participação da CIF, mas também inclui os factores contextuais (pessoais e ambientais) afectados pela condição de saúde do respondente [1, 20, 29, 32].

Para assegurar que o WHODAS 2.0 é válido e significativo transculturalmente, foi aplicado um estudo sistemático. A pesquisa da aplicabilidade transcultural (Cross-cultural Applicability Research) utilizou vários métodos qualitativos para explorar a natureza e a prática da avaliação dos estados de saúde em diferentes culturas, na Índia, Cambodja, Canadá e Reino Unido [1, 32]. O estudo incluiu uma análise linguística da terminologia relacionada com a saúde, entrevistas com informação relevante, *focus group* e métodos quasi-quantitativos, tais como *pile sorting*¹ e conceitos de mapeamento (realizados em conjunto). A informação foi recolhida com base na conceptualização de incapacidade e nas áreas relevantes da funcionalidade do dia-a-dia [1].

O estudo confirmou que a incapacidade era uma componente importante da experiência internacional da saúde e a validade testada foi expressa pelos principais domínios de avaliação [32]. Este mesmo estudo ofereceu conhecimento profundo dos constructos que são susceptíveis de ter aplicabilidade universal, bases estruturais para os domínios e princípios do instrumento de avaliação, fraseologia e dimensões que podem ser usadas nos instrumentos de avaliação [1, 32]. Baseado nos resultados desta experiência, as questões iniciais foram alteradas, dando lugar a uma estrutura de sondagem que inquiria a interferência causada, a importância dos domínios de incapacidade, possível intervenção e a duração da limitação vivida no mês passado (últimos 30 dias) [32].

O estudo levou á criação da versão do WHODAS 2.0 com 96 itens agrupados em 6 domínios, para ser usado em estudos de campo formativos [1]. As propriedades psicométricas desta versão de 96 itens foram objecto de duas fases de testes internacionais. A primeira foi realizada em 21 centros de 19 países, utilizando um projecto multicêntrico com protocolos idênticos. Os locais de estudo foram escolhidos

¹ Metodologia de selecção que permite organizar os elementos por categorias ou domínios, tendo em conta as semelhanças e diferenças entre eles [34]

de acordo com a representação geográfica das diferentes regiões da OMS e a sua adequação para alcançar as diferentes populações e conduzir a pesquisa [1]. O WHODAS 2.0 foi aplicado a 1431 indivíduos adultos com idades superiores a 18 anos, distribuídos uniformemente de acordo com o sexo, em 4 grupos diferentes:

- 1 – População geral;
- 2 – População com problemas físicos;
- 3 – População com problemas mentais ou emocionais;
- 4 – População com problemas relacionados com álcool e uso de drogas.

Após a aplicação do instrumento, tendo por base a teoria clássica de testes e a análise da teoria item-resposta, a versão de 96-itens foi reduzida para 34 itens. Posteriormente, foram acrescentados mais 2 itens, tendo por base a informação recolhida pelos entrevistadores no campo e a opinião de especialistas na pesquisa – 1 item relacionado com as limitações nas actividades sexuais e o outro, o impacto da condição de saúde na família [1]. Foram eliminados os itens redundantes, conservando os que fornecem uma boa cobertura da informação desejada, distribuídos pelos 6 domínios, permitindo aumentar a confiança do instrumento [32].

A segunda fase dos estudos, realizados em vários países do mundo, objectivou testar as propriedades psicométricas da versão revista, sendo feita a aplicação em locais e populações diferentes. O desenho utilizado nos estudos consistia na aplicação da entrevista do WHODAS 2.0 duas vezes por cada indivíduo, sendo que a segunda entrevista era aplicada 7 dias depois da primeira. As duas entrevistas eram aplicadas por dois investigadores diferentes, como forma de maximizar a concordância nos quadros de referência das duas entrevistas. Os estudos realizados revelaram que o WHODAS 2.0 é um instrumento com excelentes propriedades psicométricas: boa fiabilidade, boas características item-resposta e uma estrutura robusta, que se mantém consistente em todas as culturas e em diferentes tipos de populações. Observou-se que a maioria das questões ajustam-se bem ao quadro teórico atribuído ao domínio, com a excepção das questões sobre o lazer (no Domínio 5 – Actividades Diárias) que pertenciam ao 6.º Domínio - Participação. 64% dos especialistas concordam que os conteúdos do WHODAS 2.0 medem a incapacidade como definida na CIF, o que verifica a validade

do instrumento pois este mede o que se pretende medir. A evidência da validade de constructo é observada no sentido em que uma nova medida se correlaciona com uma medida em vigor do mesmo constructo. Tendo em conta esta definição, o WHODAS 2.0 tem validade de constructo [1].

O WHODAS 2.0 foi desenhado para avaliar a funcionalidade do indivíduo em 6 domínios de actividade: a) Cognição (6 itens); b) Mobilidade (5 itens); c) Auto-cuidado (4 itens); d) Relações Interpessoais (5 itens); e) Actividades Diárias (8 itens); f) Participação (8 itens) [20, 32-33]. Estes domínios reflectem duas dimensões de incapacidade nos termos do modelo da CIF: limitações das actividades e restrição da participação.

O WHODAS 2.0 aplica uma escala de 5 pontos em todos os itens, onde 1 indica sem dificuldade, e 5 indica dificuldade extrema ou incapacidade de fazer a actividade, tendo em conta a forma que os utentes geralmente utilizam para fazer a actividade, incluindo o uso de qualquer auxiliar ou da ajuda de uma pessoa [20, 33]. O utente deve responder às questões de cada domínio de acordo com: a) o grau de dificuldade (quantificado numa escala de 1 a 5); b) as condições de saúde (doenças ou outros problemas de saúde, lesões, problemas emocionais, problemas com o álcool e problemas com o uso de drogas); c) os últimos 30 dias; d) a média dos bons e maus dias; e) a forma como normalmente o entrevistado concretiza a actividade e; f) os itens não vividos nos últimos 30 dias não são classificados. A presença de dificuldades numa actividade pode significar aumento do esforço, desconforto ou dor, lentidão e alteração na forma como faz a actividade [1, 20, 29]

Até ao início de 2009 o WHODAS 2.0 já tinha sido aplicado em 54 estudos, 51 dos quais foram publicados em jornais internacionais, 2 *abstracts* em conferências e 1 *abstract* numa dissertação. Contudo apenas 7 artigos, publicados em jornais ou conferências abordaram procedimentos relativos á incapacidade e reabilitação. Existem, também, outras publicações em jornais de medicina ou psiquiatria com o objectivo de identificarem correlações de comorbilidade no diagnóstico clínico, relativa a utentes com doença mental. Apenas 8 dos 51 artigos estudaram as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0. Este instrumento é predominantemente utilizado no campo médico, com maior ênfase na especialidade de psiquiatria, na medicina geral e na reabilitação [20].

2.5. Versões do WHODAS 2.0

Foram desenvolvidas 3 versões do WHODAS 2.0 – versão de 36 itens, 12 itens e 12 + 24 itens. Todas as versões questionam dificuldades funcionais nos 6 domínios seleccionados, durante os 30 dias anteriores à entrevista.

A versão de 36-itens é a mais detalhada. Permite aos utilizadores obter valores em domínios de funcionalidade e calcular um valor global de funcionalidade. Para cada item aprovado positivamente, a questão seguinte é sobre o n.º de dias (nos últimos 30 dias) nos quais o entrevistado vivenciou a dificuldade particular. A versão 36-itens está disponível em três formas diferentes – administrada pelo entrevistador (demora em média 20 minutos), auto-administrada e administrada a uma pessoa próxima [1, 29].

A versão de 12 itens é útil para avaliações breves da funcionalidade geral em pesquisas ou estudos de resultados de saúde em situações onde as restrições de tempo não permitem aplicações da versão mais extensa. A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão de 36 itens. Está disponível em 3 formas, iguais à versão 36-itens e demora, em média, 5 minutos a ser aplicada [1].

A versão de 12 + 24 itens é um híbrido das versões de 12 itens e 36 itens. Usa os 12 itens para traçar os domínios de funcionalidade problemáticos. Baseando-se nas respostas positivas à versão 12-itens, os entrevistados podem responder a 24 questões adicionais. Este é um teste simples, adaptável, que tenta capturar no geral os 36 itens, evitando respostas negativas. A versão 12 + 24 itens pode apenas ser aplicada por entrevista ou *Computer-Adaptive Testing* (CAT). Para os itens que obtiveram respostas positivas, a questão seguinte baseia-se no número de dias (nos últimos 30) que o entrevistado vivenciou esta dificuldade. A média de tempo necessário para aplicar esta versão é 20 minutos [1].

No início de 2010, a OMS publicou um manual sobre o WHODAS 2.0 onde são apresentadas algumas alterações em relação às versões existentes deste instrumento: deixa de ser pedido, no fim de cada item com resposta positiva, o número de dias (nos últimos 30) que o entrevistado experimentou aquela dificuldade; no final de cada domínio, que apresenta pelo menos um item com resposta superior a 1, deixa de ser solicitado o grau de interferência causada pelas dificuldades presentes no domínio; no domínio 5 não é pedido ao entrevistado o número de horas gastas em actividades

domésticas e no trabalho (pago, não pago, por conta própria) ou a estudar numa semana típica; no domínio 6 não é solicitado o número de dias (nos últimos 30) em que estiveram presentes as dificuldades correspondentes aos itens deste domínio; no final dos domínios, foram acrescentadas duas questões com o número de dias (nos últimos 30) em que o entrevistado esteve totalmente impossibilitado de realizar as suas actividades habituais ou de trabalhar, e o número de dias (nos últimos 30) em que diminuiu ou reduziu as suas actividades habituais ou de trabalhar, retirando os dias que esteve totalmente impossibilitado [1].

2.6. A CIF e o WHODAS 2.0

O WHODAS 2.0 é um instrumento holístico no que respeita a avaliação da lesão e da incapacidade [34]. Propõe avaliar a incapacidade de um ponto de vista diferente das ferramentas de medida comuns. Enquanto a CIF foi desenvolvida como uma ferramenta prática para deduzir a impressão clínica geral da condição do utente e para registar a informação sobre a funcionalidade e incapacidade, o WHODAS 2.0 avalia a natureza da incapacidade directamente das respostas do utente. Assim, a CIF oferece uma visão externa (objectiva) da incapacidade enquanto o WHODAS 2.0 oferece uma visão interna (subjectiva) [20].

Devido ao seu extenso desenvolvimento, intimamente ligado com o desenvolvimento da CIF, o WHODAS 2.0 possui vantagens sobre outros instrumentos de avaliação actuais. Tal como acontece na CIF, também no WHODAS 2.0, a incapacidade é entendida como um conceito etiologicamente neutro, independente de um quadro de doença ou da condição de saúde prévia. Ou seja, o WHODAS 2.0 permite uma abordagem directa da incapacidade, facilitando o entendimento da funcionalidade associada aos sinais e sintomas de uma doença. O WHODAS 2.0 é o único instrumento de avaliação que abrange na totalidade os domínios da CIF, aplicando-se a todas as doenças, incluindo as físicas, mentais e por uso de substâncias. Apresenta boas propriedades psicométricas e boa aplicabilidade transcultural, estando disponível em mais de 30 línguas [1, 32, 35].

Alguns estudos mostram que o WHODAS 2.0 tem uma estrutura estável, o que lhe permite ser replicável noutros países e grupos de populações, apresenta unidimensionalidade de domínios, uma elevada capacidade discriminatória, utilizando uma teoria de análise de itens de resposta e uma boa fiabilidade de teste. A

uniformização do WHODAS 2.0 permite assegurar que as diferenças nas respostas não se devem a diferenças na forma de conduzir a entrevista, mas possivelmente às influências nas respostas dos utentes. Deste modo, é crucial fornecer a privacidade das informações para assegurar o máximo conforto e exactidão das respostas [29, 32].

O WHODAS 2.0 é um instrumento que avalia as limitações nas actividades e a restrição da participação experimentada por um indivíduo, independentemente de um diagnóstico médico. Avalia também o que as pessoas fazem em diferentes áreas da vida, distinguindo claramente esta informação de outras, como as informações sobre os sinais e sintomas da doença, ou sentimentos subjectivos como os de bem-estar. O WHODAS 2.0 fornece um valor geral, bem como um valor parcial nos diferentes perfis de cognição, mobilidade, auto-cuidado, relação interpessoal e participação na comunidade de um indivíduo.

3. Conclusão

Como forma de suportar a CIF, e desenhada como instrumento para avaliar a incapacidade resultante da doença e ou factores contextuais, o WHODAS 2.0 dirige-se mais ao domínio das funções, participação e contexto do indivíduo [34]. Os padrões de incapacidade após o AVC sugerem, em muitos casos, limitações nas actividades e na participação, deste modo, a aplicação deste instrumento no contexto da CIF facilita a compreensão da sua autonomia, independência, incapacidade e funcionalidade.

O WHODAS 2.0 é um instrumento útil para avaliar níveis de saúde e incapacidade na população geral e em grupos específicos [1]. Foi validado, nos últimos anos, em vários países e diferentes populações [21]. O WHODAS 2.0 ainda não foi traduzido nem validado para a população portuguesa, constituindo, este facto, uma oportunidade importante para serem dados os primeiros passos neste sentido.

O objectivo geral deste estudo é contribuir para a tradução, adaptação e validação do WHODAS 2.0 para a população portuguesa. Os objectivos específicos passam por: realizar a adaptação cultural e linguística da WHODAS 2.0 para a população portuguesa e; analisar se o WHODAS 2.0 é um instrumento fiável e válido para avaliar a funcionalidade e incapacidade em pessoas com limitações (pessoas idosas que sofreram um AVC há mais de seis meses) e sem limitações, através da análise de algumas

características psicométricas, tais como a consistência interna - Alpha de Cronbach e fiabilidade inter-observadores para a fiabilidade, e correlações para análise da validade.

Tendo em conta os objectivos propostos e a população alvo, foram definidas duas hipóteses. A primeira hipótese pressupõe que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 fosse fiável, apresentando valores de Alpha de Cronbach superior a 0,7 e do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) superiores a 0,4 para a consistência interna e fiabilidade inter-observadores [36-37].

A segunda hipótese pressupõe que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 fosse uma medida válida para avaliar a funcionalidade, obtendo correlações estatisticamente significativas entre os valores do WHODAS 2.0 e outros instrumentos de medida, nomeadamente o Índice de Barthel (IB) e a Escala de Rankin Modificada (ERM) – validade de critério. No mesmo sentido, é esperado obter diferenças estatisticamente significativas entre os valores do WHODAS 2.0 na amostra de utentes com AVC e uma turma de alunos de enfermagem do primeiro ano da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) – validade de constructo.

Capítulo III – Metodologia

1. Introdução

Como forma de contribuir para a adaptação e validação do WHODAS 2.0 para a população portuguesa foi traçada a metodologia apresentada em seguida. Este estudo iniciou-se com o pedido formal para a OMS com o objectivo de obter autorização para a tradução e validação do WHODAS 2.0 para a Língua Portuguesa. Neste sentido, adoptaram-se como referência as orientações estabelecidas internacionalmente para a adaptação cultural e linguística, bem como avaliação das qualidades psicométricas de instrumentos de medida [38-39].

2. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro E.P.E. de Aveiro e autorizado pela administração de todas as instituições que nele colaboraram (Anexo 1). Todos os utentes que respeitavam os critérios da amostra foram convidados a participar no estudo e assinaram o consentimento informado. A sua participação foi de livre e espontânea vontade, tendo sido informados que poderiam abandonar o estudo em qualquer momento. Os utentes tiveram garantia de anonimato e confidencialidade dos seus dados e respostas, visto que no questionário o utente não foi identificado pelo nome.

3. Desenho do estudo

O presente estudo foi desenhado para contribuir para a adaptação e validação cultural e linguística da WHODAS 2.0. O estudo desenvolveu-se em três fases de acordo com Ferreira e Marques, 1998 [38]:

- Na fase 1 decorreu a tradução e adaptação cultural e linguística do WHODAS 2.0 para português;
- Na fase 2 realizou-se um pré-teste para verificação da equivalência conceptual e semântica do WHODAS 2.0 em utentes com AVC, identificando potenciais problemas para posterior discussão e resolução;
- Na fase 3 foi realizado um estudo final com o objectivo de analisar a fiabilidade e validade (de critério e constructo) da versão portuguesa do WHODAS 2.0 em utentes com AVC. Nesta fase foi desenvolvido um estudo de investigação

quantitativa não experimental, com carácter transversal, em utentes com AVC. A abordagem quantitativa foi obtida através da aplicação do WHODAS 2.0 ao mesmo utente, por dois entrevistadores em momentos diferentes, com um intervalo máximo de três dias entre as duas aplicações.

4. População alvo

A população alvo era constituída por utentes com AVC a realizar tratamentos de fisioterapia em regime de ambulatório em hospitais, lares e clínicas com serviço integrado de Medicina Física e Reabilitação (MFR) do distrito de Aveiro. A escolha desta população deve-se ao facto desta condição de saúde ter prevalência elevada e ser responsável por elevados níveis de incapacidade na população geral.

5. Hipóteses do estudo

Tendo em conta os objectivos propostos e a população alvo, foram definidas duas hipóteses.

A primeira hipótese pressupôs que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 fosse fiável, apresentando valores de Alpha de Cronbach superior a 0,7 para a consistência interna e do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) superiores a 0,4 para a fiabilidade inter-observadores [36-37].

A segunda hipótese pressupôs que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 fosse uma medida válida para avaliar a funcionalidade, obtendo correlações estatisticamente significativas entre os valores do WHODAS 2.0 e outros instrumentos de medida, nomeadamente o IB e a ERM – validade de critério. No mesmo sentido, é esperado obter diferenças estatisticamente significativas entre os valores do WHODAS 2.0 na amostra de utentes com AVC e uma turma de alunos de enfermagem do primeiro ano da ESSUA – validade de constructo [36-37].

6. Contexto do estudo

As três fases do estudo desenvolveram-se em meio natural, em lares, clínicas com serviço integrado de MFR e uma Unidade de Cuidados Continuados do Distrito de Aveiro. Para tal foi solicitada aos responsáveis das instituições a autorização para aplicar o estudo. A escolha dos locais foi feita por conveniência.

7. Amostra

Após pedido de autorização formal e respectivo deferimento das instituições, procedeu-se à amostragem não-probabilística por conveniência. Na fase 1 do estudo, para Tradução e Adaptação Cultural e Linguística da WHODAS 2.0, foi utilizada uma amostra de 9 pessoas, das quais 7 foram do género feminino e 2 do género masculino com média de idades $\bar{x}=38.7$ anos e desvio padrão (dp) de 13,4, sendo familiares e amigos dos entrevistadores e funcionários da ESSUA.

Nas duas etapas seguintes as amostras tiveram como critérios de inclusão:

- Ter mais de 18 anos
- AVC ocorrido há mais de seis meses
- Compreender os objectivos do estudo
- Ser capaz de dar o consentimento informado e responder às perguntas do instrumento (WHODAS 2.0)

No caso de o entrevistador ter dúvidas sobre a capacidade do indivíduo para dar o seu consentimento informado, o indivíduo era excluído do estudo [40]. Também a existência de outras patologias do foro neurológico implicava a não elegibilidade para o estudo.

Na fase 2, a amostra foi constituída por 15 utentes com AVC integrados em clínicas com serviço de MFR, Lares e Unidades de Cuidados Continuados. A versão portuguesa final do WHODAS 2.0 foi aplicada, na fase 3, em Abril e Maio de 2010, a uma amostra de 17 participantes com diagnóstico de AVC (10 do género feminino e 7 de género masculino), 9 numa clínica do concelho de Águeda e 8 numa clínica do concelho de Anadia, com idades compreendidas entre os 44 e os 81 anos e a uma amostra de 17 alunos do 1º Ano de Enfermagem, com o objectivo de verificar a fiabilidade e validade do instrumento.

8. Instrumentos de medida

Foram utilizados 3 instrumentos de medida: WHODAS 2.0, o IB e a ERM.

A versão WHODAS 2.0 utilizada neste estudo foi a versão portuguesa de 36 itens do WHODAS 2.0 (Anexo 2). Este pretende recolher dados para avaliar as limitações nas actividades e restrições na participação que os utentes apresentam, independentemente do diagnóstico médico. Especificamente, o instrumento foi desenhado para avaliar a funcionalidade em 6 domínios de actividade e participação: 1. Cognição (6 itens); 2. Mobilidade (5 itens); 3. Auto-cuidado (4 itens); 4. Relações Interpessoais (5 itens); 5. Actividades Diárias (4 itens para cada Sub-domínio – Actividades Domésticas e Trabalho); 6. Participação (8 itens). Em cada domínio, as questões foram respondidas tendo em conta os últimos 30 dias da vida diária do indivíduo. Os participantes foram ainda questionados quanto ao nível de dificuldade experimentado, tendo em conta a forma como executa a actividade, incluindo o uso de um qualquer produto de apoio. O instrumento demora em média 20 minutos a ser aplicado e os resultados são normalizados podendo variar entre o valor zero e o valor cem.

O IB (Anexo 3) é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para realização de 10 actividades básicas da vida: alimentação, transferências, higiene pessoal, utilização do WC, tomar banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e urinário. A pontuação da escala varia de 0 -100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de 0 corresponde à máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total [41]. Actualmente, o IB é amplamente utilizado em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação, sendo considerado por vários autores o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade na realização das AVD [42-43].

O ERM (Anexo 4) é uma escala amplamente usada como uma medida funcional do resultado do AVC. A escala descreve 7 graus, dos quais 6 indicam diferentes níveis de incapacidade possíveis em utentes que tiveram AVC, sendo que 0 é não ter sintomas e 1 é nenhuma deficiência significativa, até ao 5 que indica deficiência grave e 6 é o óbito. O ponto forte da ERM é a sua capacidade para capturar todo o tipo de limitações na actividade e restrição na participação após um AVC [44].

9. Fases do estudo

O estudo seguiu as seguintes fases: Tradução e Adaptação Cultural e Linguística do WHODAS 2.0 para português, Verificação da Equivalência Conceptual e Semântica do WHODAS 2.0 e Avaliação da Fiabilidade e Validade do WHODAS 2.0.

9.1. Fase 1: Tradução e adaptação cultural e linguística do WHODAS 2.0 para português.

A equivalência conceptual compreende a verificação da construção das questões ou itens de forma a manter o mesmo significado que a língua original [38]. Neste sentido, esta fase apresenta 6 etapas [39]:

1. Tradução – a versão original do WHODAS 2.0 em inglês foi traduzida para português de Portugal por dois tradutores independentes cuja língua materna é o português. Um dos tradutores é terapeuta ocupacional especialista em questões de limitação de actividade e restrição da participação, estando familiarizado com a terminologia utilizada no WHODAS 2.0. O segundo tradutor possui formação na área da saúde (fisiologia) e não está familiarizado com a terminologia do WHODAS 2.0.
2. Versão de reconciliação – 3 investigadores de diferentes áreas, terapia ocupacional, tecnologias da saúde e MFR, que compararam as duas traduções e construíram uma versão de reconciliação.
3. Retroversão – a versão de reconciliação foi traduzida de português para inglês por um tradutor cuja língua materna é o inglês, sem formação na área da saúde e sem conhecimento da versão do WHODAS 2.0.
4. Versão pré-final – uma comissão de investigadores de diferentes áreas, terapia ocupacional, tecnologias da saúde e MFR, que desenvolveu a versão pré-final do WHODAS 2.0 (Anexo 5) com base na retroversão e no instrumento original.
5. Pré-teste – a versão pré-final do instrumento (versão 2) foi sujeita a um pré-teste aplicado a uma amostra de 9 indivíduos saudáveis com o objectivo de avaliar a facilidade/dificuldade de compreensão das perguntas do instrumento por parte dos participantes e ao mesmo tempo permitir que o entrevistador recolha informação tal como: indecisão a ler; dificuldade a interpretar; expressões de desconforto; riso; e

outras manifestações. A informação recolhida foi utilizada para aperfeiçoar o instrumento e construir a versão final.

6. A retroversão e descrição da metodologia utilizada no processo de adaptação cultural e linguística foram enviadas aos autores da versão original do WHODAS 2.0 para apreciação.

9.2. Fase 2: Verificação da equivalência conceptual e semântica do WHODAS 2.0

A equivalência conceptual e semântica representa quanto os itens de determinado instrumento abrangem, de forma adequada e representativa, o seu conteúdo original. É normalmente avaliada de forma mais qualitativa através dos julgamentos de profissionais experientes na temática e testando a sua aplicação em pessoas comuns da sociedade sobre a clareza e compreensão [38, 45].

Neste estudo, este parâmetro foi avaliado através de entrevistas individuais com o WHODAS 2.0 - Versão 3 (Anexo 6) a 15 utentes com AVC seleccionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão referidos anteriormente para a selecção da amostra.

O teste foi realizado em clínicas com serviço de MFR integrado, lares e unidades de cuidados continuados. Nestes locais foram convidados a participar todos os utentes com AVC que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão. A estes, foram explicados os objectivos do estudo e solicitado o consentimento informado. A recolha de dados acabou quando se atingiram os quinze protocolos completos. A informação recolhida dos entrevistados foi sujeita a uma análise qualitativa, que deu origem à versão final do instrumento em português, a qual se utilizou na terceira fase do estudo.

9.3. Fase 3: Avaliação da fiabilidade e validade do WHODAS 2.0

A fase 3 consistiu na avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, nomeadamente a Fiabilidade, Validade de Critério e de Constructo.

9.3.1. Fiabilidade

A fiabilidade de um instrumento avalia até que ponto um procedimento de medição produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado [38]. Desta forma, a fiabilidade diz respeito à coerência das respostas obtidas em

medições repetidas e ao grau de independência dos resultados obtidos relativamente a circunstâncias acidentais que ocorrem na medição. Por outras palavras, a fiabilidade é o grau de liberdade que um instrumento tem de ser isento de erro aleatório, o que pressupõe homogeneidade de conteúdo e coerência interna [38]. A consistência interna corresponde à medida em que todos os itens de uma escala avaliam aspectos de um mesmo atributo ou conceito. Esta foi avaliada através do Alpha de Cronbach [46].

A fiabilidade inter-observadores avalia, através de um coeficiente de correlação, se as medidas ou observações efectuadas pelo mesmo observador/instrumento ou por outros observadores/instrumentos são concordantes, mantidas as mesmas condições. A fiabilidade foi testada pela aplicação da versão portuguesa do WHODAS 2.0, com um intervalo máximo de três dias, tendo sido avaliado pelo CCI [46].

9.3.2. Validade de critério

A validade de critério diz respeito à correlação existente entre a medida estudada e outra medida de critério, para um determinado constructo [38]. Neste estudo para verificar a validade de critério foram preenchidos pelos fisioterapeutas dos utentes o IB e a ERM, que avaliam a funcionalidade em utentes com AVC. Foram feitas análises correlacionais entre o WHODAS 2.0 e estes instrumentos para verificar a validade de critério.

9.3.3. Validade de constructo

A validade de constructo é medida através da análise das relações lógicas existentes entre o instrumento avaliado e outras medidas e/ou valores padrão [38]. Desta forma, este estudo inclui a aplicação do WHODAS 2.0 a uma turma de alunos de enfermagem com o objectivo de analisar as hipotéticas diferenças entre os participantes com AVC e os alunos. Esta análise foi realizada utilizando o teste *T de Student* para amostras independentes.

9.3.4. Procedimentos

O processo de recolha de dados foi sujeito a um conjunto de procedimentos que objectivaram o máximo de esclarecimento aos participantes sobre o estudo. Neste sentido, o convite à participação (Anexo 7) foi feito pelo menos um dia antes da primeira entrevista, para que o entrevistado pudesse considerar devidamente se queria ou não participar. No convite foram transmitidas as seguintes informações:

1. Foram explicados o projecto e os seus objectivos;
2. Foi entregue no primeiro contacto com o entrevistado, o convite escrito com toda a informação e o consentimento informado (Anexo 8) para o participante levar para casa e analisar com os familiares;
3. O utente foi informado do número de entrevistas que teria de responder, quem eram os entrevistadores e quanto tempo demorava, em média, cada entrevista, sendo feito um agendamento prévio das entrevistas com o utente, bombeiros e/ou familiares;
4. O participante foi informado sobre os inconvenientes da participação – cansaço e tempo de demora;
5. O entrevistado só respondia às perguntas que quisesse e era livre de desistir em qualquer altura e sem penalizações.

As entrevistas foram realizadas num local com garantias de obter uma entrevista individualizada, sem interferências de pessoas, ruídos ou outras actividades. Na primeira entrevista, o investigador recebeu o consentimento informado e preencheu a informação demográfica e de saúde do utente, atribuindo-lhe um código que seria referenciado no consentimento informado. Neste primeiro dia o entrevistador entregou ao fisioterapeuta dos entrevistados o IB e o ERM. Antes de aplicar a versão portuguesa do WHODAS 2.0, foi explicada a escala de respostas para o grau de dificuldade (Anexo 9), os vários exemplos da “condição de saúde” (Anexo 10), o que significava “ter dificuldade numa actividade” (Anexo 10) e foi solicitada a resposta, tendo em conta apenas os últimos 30 dias. Durante a entrevista o investigador registava, unicamente a resposta do utente, mesmo quando tinha um entendimento diferente dele sobre o item em questão.

Nesta última fase do estudo foram realizadas entrevistas individuais em dois momentos diferentes, feitas por dois entrevistadores com diferente formação (Fisioterapia e Gerontologia). A primeira entrevista inclui o preenchimento da informação demográfica e de saúde e o WHODAS 2.0, que constituem o protocolo (Anexo 2), demorando em média cerca de 30 minutos. Na segunda entrevista só foi aplicado o WHODAS 2.0, no máximo 3 dias após a primeira, tendo demorado em média cerca de 20 minutos. A

amostra do estudo foi constituída por 17 utentes com AVC, seleccionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados anteriormente (2.5).

A recolha de dados foi realizada em duas clínicas com serviço de MFR do distrito de Aveiro, uma em Águeda e outra em Anadia. Nestes locais, foram convidados todos os utentes com AVC que respeitavam os critérios da amostra. A estes foi dada toda a informação contida no convite descrito anteriormente e solicitado o consentimento informado. Em caso de dúvida sobre a capacidade do utente em dar o consentimento informado o entrevistador excluiu o participante. A recolha de dados terminou a 21 de Maio de 2010, tendo sido concluídos 17 protocolos. Neste teste o protocolo foi, também, aplicado a uma amostra constituída por 17 alunos de enfermagem. A informação do estudo foi facultada aos alunos dias antes da aplicação da 1ª aplicação. No dia da 1ª aplicação o aluno deu o consentimento informado e preencheu o protocolo completo (informação demográfica e de saúde e WHODAS 2.0) tal como aconteceu com os participantes da amostra com AVC.

10. Organização do estudo

De acordo com as fases anteriormente descritas, o estudo desenvolveu-se cronologicamente entre Outubro de 2009 e Junho de 2010. O quadro seguinte sintetiza as principais etapas metodológicas do estudo.

MOMENTO	Nº DE INDIVÍDUOS	PARÂMETROS AVALIADOS	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	INSTRUMENTO RESULTANTE
			- Versão Original WHODAS II	
Outubro e			- Tradução Portuguesa do WHODAS II	WHODAS II
Novembro	-	Tradução e Equivalência	- Versão de	Versão 1
de 2009		Conceptual	Reconciliação,	Versão 2
			Retroversão e Versão Pré-Final do WHODAS II	
Dezembro de	9	Equivalência	- Dados Demográficos	WHODAS II

2009		Semântica	e de Saúde	Versão 3
			- Versão Pré-Final do WHODAS II (versão2)	
Janeiro a Abril de 2010	15	Equivalência Semântica	- Dados Demográficos e de Saúde	Versão Final do WHODAS 2.0 (36 itens)
		Validade de Conteúdo	- WHODAS 2.0 (36 itens) Versão 3	
Abril e Maio de 2010	17		- Dados Demográficos e de Saúde	Versão Final do WHODAS 2.0 (36 itens)
		Fiabilidade		
		Validade de Critério	- Versão Final do WHODAS 2.0 (36 itens)	
		Validade de Constructo	- IB - ERM	

Quadro 1 – Cronograma das etapas do estudo

11. Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada no mês de Maio de 2010. Para a descrição e caracterização da amostra, foram utilizadas medidas estatísticas de tendência central e de dispersão – média, amplitude e desvio padrão.

Para a análise da consistência interna foi utilizado o Alpha de Cronbach e para a avaliação da fiabilidade inter-observadores o CCI. O Alpha de Cronbach pode definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. Varia entre 0 e 1 e a consistência interna é considerada: inadmissível quando $\text{Alpha} < 0,6$; fraca quando entre 0,6 e 0,7; razoável quando entre 0,7 e 0,8; boa quando entre 0,8 e 0,9; muito boa quando superior a 0,9 [47].

O CCI é uma estimativa da fracção da variabilidade total de medidas devido a variações entre os indivíduos e varia entre 0 e 1. Quando o CCI é igual a 0, o estudo não é reprodutível, pois existe uma grande variabilidade entre observadores. Quando CCI é

igual a 1, o estudo é reprodutível ao máximo, não havendo variabilidade entre observadores. A fiabilidade inter-observadores considera-se: pobre quando o CCI $<0,4$; satisfatória quando entre 0,4 e 0,75; muito boa quando superior a 0,75 [36-37].

Para o estudo da validade foram utilizadas medidas de correlação não paramétricas, o coeficiente de correlação de Spearman (ρ) e de Kendall's tau. Estes coeficientes medem o grau e a direcção da correlação entre duas variáveis, sendo que os seus valores variam entre -1 e 1. Quanto mais próximos dos extremos, maior a associação entre as variáveis. A correlação negativa significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas de outra variável [47].

Os valores de referência para os coeficientes de correlação são: correlação muito baixa quando $<0,19$; baixa quando entre 0,2 e 0,39; moderada quando entre 0,40 e 0,69; alta quando entre 0,70 e 0,89; muito alta quando igual ou superior a 0,90 [48].

Para todas as variáveis analisadas o nível de significância estatística foi definido como $\alpha=0.05$ tendo os dados sido analisados através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 18 para Windows.

Capítulo IV – Apresentação dos Resultados

1. Introdução

Os dados a seguir apresentados foram obtidos entre Dezembro de 2009 e Maio de 2010, sendo referentes às três fases que constituíram este estudo.

2. Fases do estudo

O estudo passou por três fases distintas, das quais as duas primeiras obtiveram resultados qualitativos (equivalência semântica e validade de conteúdo) e a terceira obteve dados objectivos para avaliar as propriedades psicométricas (fiabilidade e validade de critério e constructo) do instrumento.

2.1. Fase 1: Tradução e adaptação cultural e linguística do WHODAS 2.0 para português

A versão pré-final do WHODAS 2.0 foi sujeita a um teste com 9 indivíduos, com o objectivo de avaliar a facilidade/dificuldade de compreensão das perguntas do instrumento por parte dos participantes e ao mesmo tempo, permitir que o entrevistador recolha informações tais como: indecisão a ler; dificuldade a interpretar; expressões de desconforto; riso; e outras manifestações. Todos estes registos dos entrevistadores foram analisados qualitativamente no sentido de proceder a correcções ao instrumento para alcançar a versão final com equivalência semântica à versão original do WHODAS 2.0.

A Tabela 1 apresenta alguns exemplos de comentários/dificuldades recolhidos durante esta fase e que foram considerados para a versão pré-final do WHODAS 2.0 (versão 2).

Domínios do WHODAS 2.0		Comentário e/ou dificuldade
Domínio 1		Hesitação a ler “quantifique dificuldade”
	D1.5	“quantifique dificuldade” – “Dizer se é muita ou pouca?”
Domínio 2		“genericamente” – Refere que “não é necessária para entender a questão”
	D2.2	“posição de sentado” – questiona “Sentado na cadeira ou no chão?”
Domínio 3		
Domínio 4	D4.3	“relacionar-se” – questiona “é como conversar?”
Domínio 5		“manutenção doméstica” – refere “expressão estranha mas compreende o significado”
Domínio 6	D6.2	“barreiras e obstáculos” – refere necessidade de exemplos

D6.4	Refere que a escala para quantificar o tempo é pouco perceptível.
Comentários gerais à aplicação do WHODAS II Versão 2	Os entrevistados, de forma geral, compreenderam bem as questões, mas alguns termos não foram acessíveis a alguns dos entrevistados.

Tabela 1 – Exemplos de comentários/dificuldades resultantes da aplicação do WHODAS II versão 2.

2.2. Fase 2: Verificação da equivalência conceptual e semântica do WHODAS 2.0

A análise feita aos resultados e informações recolhidas da amostra, permitiu considerar o instrumento adaptado à amostra, acessível do ponto de vista da clareza e compreensão dos itens para avaliar as necessidades associadas a este tipo de amostra. Em relação à aplicabilidade do instrumento, constatou-se que deveria estar presente na frente do entrevistado a escala de respostas do grau de dificuldade, e relembrar o entrevistado em cada domínio do WHODAS 2.0 que a resposta aos itens é referente aos últimos 30 dias. Estes resultados contribuíram para aperfeiçoar a aplicabilidade do WHODAS 2.0 em utentes com AVC.

2.3. Fase 3: Avaliação da fiabilidade e validade do WHODAS 2.0

O teste desta fase foi aplicado a utentes com AVC a realizar tratamentos de fisioterapia em ambulatório nos serviços MFR de duas clínicas do distrito de Aveiro. O WHODAS 2.0 foi, também, aplicado a um grupo de 17 estudantes de enfermagem da ESSUA. Da aplicação do WHODAS 2.0 aos 17 utentes com AVC resultaram respostas a 32 itens dos 36 que constituem o instrumento. Isto deveu-se ao facto de todos os elementos desta amostra não trabalharem, resultando na falta de preenchimento do subdomínio trabalho do domínio 5 – Actividades Diárias. O manual do WHODAS 2.0 prevê que, a análise dos dados se realize sem os quatro itens referentes ao subdomínio trabalho. Face a esta característica da amostra de utentes com AVC, foi feito um tratamento semelhante dos dados para a amostra dos estudantes de enfermagem.

Na Tabela 2 podem-se observar os valores da média, desvio padrão, mínimo e máximo da amostra dos participantes com AVC e da amostra dos estudantes de enfermagem. Dos utentes com AVC, o domínio 4 - Relações Interpessoais, é o que apresenta os valores médios mais baixos (\bar{x} =24,01; dp=19,52) e o domínio 5 - Actividades Diárias o que apresenta o valor mais elevado (\bar{x} =56,00; dp=41,19). A amostra dos utentes com AVC apresentou uma média total de \bar{x} =44,57 (dp=22,29). Na amostra dos estudantes,

o domínio 3 - Auto-cuidado obteve a média mais baixa (\bar{x} =04,71; dp=07,17) e o domínio 1 - Cognição obteve o valor de média mais elevada (\bar{x} =16,47; dp=11,96). Nesta amostra, a média de todos os domínios foi de \bar{x} =11,45 (dp=09,41). Na amostra de pessoas com AVC os domínios 2 - Mobilidade, 3 - Auto-cuidado e 5 -Actividades Diárias apresentam o valor mínimo de min=0 e máximo de max=100. Já os domínios 4 - Relações Interpessoais e 6 - Participação, têm intervalos mais pequenos entre o valor mínimo e máximo, [0 – 66,67] e [12,5 – 75] respectivamente. O domínio 1 - Cognição, situa o seu valor mínimo em min=5 e o máximo em max=100. Os valores mínimo e máximo, quando considerados todos os domínios, são min=10,87 e max=77,17. Nos estudantes o valor mínimo foi de min=0 para todos os domínios e o valor máximo de Max=100 no domínio 5 - Actividades diárias. Nesta amostra e quando considerado o resultado para todos os domínios, o mínimo é de min=1,09 e o máximo de max= 32,61.

Grupo	Domínio do WHODAS 2.0	nº casos	média (dp)	min	max
Utentes com AVC	1. Cognição	17	42,36 (27,22)	5,00	100,00
	2. Mobilidade	17	53,68 (35,70)	0,00	100,00
	3. Auto-cuidado	17	55,29 (36,77)	0,00	100,00
	4. Relações interpessoais	16	24,01 (19,52)	0,00	66,67
	5. Actividades diárias	15	56,00 (41,19)	0,00	100,00
	6. Participação	16	52,34 (22,29)	12,50	75,00
	Total	15	44,57 (22,29)	10,87	77,17
Estudantes	1. Cognição	17	16,47 (11,96)	0,00	45,00
	2. Mobilidade	17	07,35 (08,63)	0,00	25,00
	3. Auto-cuidado	17	04,71 (07,17)	0,00	20,00
	4. Relações interpessoais	17	13,73 (13,16)	0,00	41,67
	5. Actividades diárias	17	14,11 (26,47)	0,00	100,00
	6. Participação	17	10,54 (12,07)	0,00	37,50
	Total	17	11,45 (09,41)	1,09	32,61

Tabela 2 Análise Descritiva: Número de participantes, média, mínimo e máximo para cada domínio da versão portuguesa do WHODAS 2.0 e para cada grupo.

3. Avaliação da fiabilidade

A consistência interna do WHODAS 2.0 foi analisada pelo Alpha de Cronbach. Este obteve o valor mais baixo no domínio 4 - Relações interpessoais ($\alpha=0,62$) considerada uma consistência interna fraca, sendo que o valor mais elevado para o Alpha de Cronbach é o do domínio 5 - Actividades Diárias com $\alpha=0,94$ que indica muito boa consistência interna tal como acontece no domínio 2 - Mobilidade. Considerando todos os domínios, o valor do Alpha foi de $\alpha=0,95$, indicando muito boa consistência interna do instrumento. Os domínios 1 - Cognição, 3 - Auto-cuidado e 6 - Participação apresentam boa consistência interna, com valores de Alpha de $\alpha=0,86$, $\alpha=0,88$ e $\alpha=0,83$ respectivamente, apresentados na Tabela 3.

Grupo	Domínio do WHODAS 2.0	nº casos	Alpha de Cronbach
AVC	1. Cognição	17	0,86
	2. Mobilidade	17	0,92
	3. Auto-cuidado	17	0,88
	4. Relações interpessoais	16	0,62
	5. Actividades diárias	15	0,94
	6. Participação	16	0,83
	total	15	0,95

Tabela 3 – Fiabilidade: resultados do teste de Alpha de Cronbach para os 6 domínios da versão portuguesa do WHODAS 2.0

A análise da fiabilidade inter-observadores apresentada pelo CCI na Tabela 4 é satisfatória para o Domínio 4 - Relações Interpessoais e para o Domínio 6 – Participação e muito boa para os restantes domínios. Os valores do CCI situam-se entre CCI=0,64 para o domínio 4 - Relações interpessoais e CCI=0,96 para o domínio 3 - Auto-cuidado. Considerando todos os domínios, o valor do CCI é de CCI=0,91, ou seja, a fiabilidade inter-observadores do instrumento é muito boa.

Domínio do WHODAS 2.0	nº casos	Coefficiente de Correlação Intraclass*	Intervalo Confiança 95%	valor p
1. Cognição	15	0,88	0,67-0,96	<0,001
2. Mobilidade	15	0,94	0,72-0,98	<0,001
3. Auto-cuidado	15	0,96	0,88-0,99	<0,001
4. Relações interpessoais	15	0,64	0,21-0,86	0,002
5. Actividades diárias	13	0,84	0,57-0,95	<0,001
6. Participação	14	0,69	0,30-0,89	0,001
total	13	0,91	0,60-0,98	<0,001

Tabela 4 – Análise de fiabilidade: Coeficiente de Correlação Intraclass e intervalos de confiança para cada domínio na amostra de utentes com AVC. Fiabilidade inter-observadores

4. Validade de critério

A validade de critério do WHODAS 2.0 foi avaliada através das possíveis associações com o IB e a ERM. As medidas estatísticas usadas foram o coeficiente de correlação de Spearman para o IB e de Kendall's tau para o ERM. Conforme está apresentado na Tabela 5 o domínio 4 – Relações Interpessoais e 5 – Actividades Diárias não têm correlação estatisticamente significativa com o IB, uma vez que este não mede estes domínios. Os restantes domínios já apresentam correlações moderadas e altas com o IB. Tendo em conta o valor total, pode-se dizer que o IB tem uma correlação estatisticamente significativa com o WHODAS 2.0. As correlações com este instrumento são negativas, visto que os valores mais altos de funcionalidade do WHODAS 2.0 estão no extremo oposto dos valores do IB. Isto é, as escalas funcionam em sentidos opostos. Na mesma tabela, verificamos que os domínios 1 - Cognição, 4 – Relações Interpessoais e 6 - Participação não têm correlação estatisticamente significativa com a ERM, visto que esta não mede estes domínios. Já os domínios 2 - Mobilidade, 3 – Auto-cuidado e 5 – Actividades Diárias apresentam correlação moderada e alta (domínio 5 – Actividades Diárias) com a mesma escala e o valor total, também apresenta correlação com significado estatístico para $p < 0,01$.

	AVC	
	Índice de Barthel (1)	Escala de Rankin Modificada (2)
1. Cognição	-0,56*	0,37
2. Mobilidade	-0,78**	0,66**
3. Auto-cuidado	-0,77**	0,63**
4. Relações interpessoais	-0,35	0,18
5. Actividades diárias	-0,79**	0,70**
6. Participação	-0,35	0,33
Total	-0,68*	0,55**

(1) Correlação de Spearman (2) Kendall's tau

* p<,05 ** p<,01

Tabela 5 - Correlação inter-escalas: Coeficiente de Correlação de Spearman e Kendall's tau de todos os domínios das escalas Índice de Barthel e Escala de Rankin Modificada.

5. Validade de constructo

O cálculo da validade do constructo foi feito através da avaliação da média e dp entre a amostra com AVC e a amostra dos estudantes (padrão) e pelo teste T. Na Tabela 6 o domínio 4 – Relações Interpessoais não apresenta diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da amostra com AVC e a amostra padrão. Nos restantes domínios da WHODAS 2.0 a diferença dos valores médios entre as duas amostras referidas são estatisticamente significativos.

	Grupo	n	Média	Desvio padrão	Test T	Valor p
Total	AVC	15	44,57	22,29	5,35	<0,001
	Aluno	17	11,45	9,41		
1. Cognição	AVC	17	42,35	27,22	3,59	0,002
	Aluno	17	16,47	11,96		
2. Mobilidade	AVC	17	53,68	35,70	5,20	<0,001
	Aluno	17	7,35	8,63		
3. Auto-cuidado	AVC	17	55,29	36,76	5,57	<0,001
	Aluno	17	4,71	7,17		
4. Relações interpessoais	AVC	16	21,35	16,66	1,80	0,081
	Aluno	17	13,73	13,16		
5. Actividades diárias	AVC	15	56,00	41,20	3,37	0,03
	Aluno	17	14,12	26,47		
6. Participação	AVC	16	52,34	19,89	7,24	<0,001
	Aluno	17	10,54	12,07		

Tabela 6 – Comparação de Média e Desvio Padrão entre a amostra com AVC e a amostra padrão de estudantes.

6. Correlação inter-domínios do Whodas 2.0

A correlação entre os domínios do WHODAS 2.0 pode ser avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson entre os 6 domínios e o valor total da amostra com AVC. A Tabela 7 mostra que existe uma correlação estatisticamente significativa entre os domínios e o valor total, verificando-se uma correlação muito alta do domínio 3 – Auto-cuidado e 5 – Actividades Diárias, alta do domínio 1 - Cognição, 2 - Mobilidade e 6 - Participação e uma correlação moderada do domínio 4 – Relações Interpessoais.

	AVC						
	1. Cognição	2. Mobilidade	3. Auto-cuidado	4. Relações interpessoais	5. Actividades diárias	6. Participação	Total
1. Cognição		0,49*	0,63**	0,71**	0,63*	0,61*	0,81**
2. Mobilidade	0,49*		0,89**	0,29	0,85**	0,42	0,82**
3. Auto-cuidado	0,63**	0,89**		0,45	0,85**	0,62*	0,91**
4. Relações interpessoais	0,71**	0,29	0,45		0,28	0,46	0,55*
5. Actividades diárias	0,63*	0,85**	0,85**	0,28		0,70**	0,92**
6. Participação	0,61*	0,42	0,62*	0,46	0,70**		0,79**
Total	0,81**	0,82**	0,91**	0,55*	0,92**	0,79**	

* p<,05 ** p<,01

Tabela 7 – Correlação inter-domínios: Coeficiente de Correlação de Pearson entre os 6 domínios e o valor total da amostra dos utentes com AVC.

Capítulo V - Discussão de Resultados

A tradução, adaptação cultural e linguística do WHODAS 2.0 para português seguiu as orientações estabelecidas internacionalmente [39], com o objectivo de garantir a qualidade da tradução obtida. A realização do pré-teste da fase 1 contribuiu significativamente para obtenção da equivalência semântica. Podemos considerar que, pela metodologia adoptada e os resultados obtidos, a versão portuguesa do WHODAS 2.0 possui equivalência funcional, existindo coerência no significado dos conceitos entre esta versão e a original.

A equivalência dos itens é normalmente avaliada de forma qualitativa, sendo o recurso a painéis de doentes, um dos métodos mais recomendados na literatura [38, 45, 49] e utilizados em estudos de validação [50-51]. Também neste estudo foi aplicada a versão portuguesa do WHODAS 2.0 a uma amostra de utentes com AVC, no sentido de recolher toda a informação pertinente sobre os itens (compreensão, clareza e relevância) e aplicabilidade (condições físicas, regras adaptadas à amostra, acesso à informação relevante para obter respostas adequadas aos itens). No presente estudo, foi possível observar que os indivíduos entrevistados consideraram, globalmente, a versão portuguesa do WHODAS 2.0 clara, compreensível e adequada. No entanto, alguns utentes manifestaram dificuldade em responder a determinados itens utilizando a escala visual de respostas que foi entregue no início da aplicação; o problema mais frequente foi a quantificação do grau (1 a 5) dessa dificuldade. Este facto deveu-se, possivelmente, ao nível sócio-cultural da população estudada, falta de experiência do utente para o uso de escalas psicométricas, ou ainda, ao excesso de informação a ter em conta para responder aos itens de cada domínio. Estas dificuldades manifestadas pelo utente e recolhidas pelos entrevistadores foram analisadas e minoradas para a fase seguinte do estudo. A metodologia utilizada e os resultados obtidos neste teste permitiram considerar que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 apresenta equivalência conceptual e semântica, pelo que, se passou de seguida ao estudo da fiabilidade e da validade do mesmo.

A avaliação das propriedades psicométricas do WHODAS 2.0 teve por base a recolha de dados realizada em utentes com AVC que cumpriam os critérios da amostra, em duas clínicas com serviço integrado de MFR do distrito de Aveiro. O protocolo foi, também, aplicado a uma amostra padrão (estudantes de enfermagem da ESSUA). Cada uma das

amostras foi constituída por 17 elementos, sendo que a amostra com AVC teve 10 mulheres e 7 homens com idades compreendidas entre 44 e 81 anos (média de 67,25 e dp 10,84). Os itens do subdomínio “trabalho” do domínio 5 - Actividades Diárias não foram preenchidos pela amostra dos utentes com AVC por não ser aplicável. O valor total médio do WHODAS 2.0 na amostra com AVC é cerca de 4 vezes superior ao valor total médio da amostra de estudantes, ou seja, tal como esperado, os utentes com AVC apresentam níveis de incapacidade superiores à amostra dos estudantes. O domínio que apresenta menos limitações na amostra com AVC é o das relações interpessoais, onde encontramos os itens: “lidar com pessoas que não conhecem” e “manter uma amizade”; “dar-se bem com pessoas que lhe são próximas”; “fazer novos amigos”; e “actividades sexuais”. Este facto indica que os utentes da amostra apresentam capacidades para manter o seu relacionamento com as outras pessoas, o que pode ser também reflexo do suporte familiar e social. Na amostra com AVC os valores mínimos dos domínios são de 0 com excepção do domínio 1 – Cognição que tem mínimo de 5. Já os valores máximos atingem o 100 nos domínios 1 – Cognição, 2 – Mobilidade, 3 – Auto-cuidado e 5 – Actividades Diárias, sendo de 66,67 no “Relações Interpessoais” e 75 na “Participação”. A média mais baixa encontrada foi a do domínio 4 – Relações Interpessoais o que contribui para o reforço da ideia que os utentes com AVC a fazer tratamentos de fisioterapia em ambulatório consideram ter menos dificuldades nas suas relações familiares e sociais. Na amostra de estudantes o valor mínimo é de 0 e os máximos são inferiores a 45, com excepção do domínio 5 - Actividades Diárias (subdomínio “Actividades Domésticas”) que tem máximo de 100, talvez porque alguns estudantes não estão habituados a realizar actividades domésticas, tais como cozinhar, limpar, cuidar dos outros, entre outras.

Em relação à fiabilidade, a análise dos resultados permite afirmar que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 apresenta muito boa consistência interna tendo em conta o valor global do Alpha (0,95). Este valor é semelhante ao apresentado no estudo de Schlote [34] Alpha (0,97) que avalia as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0. Verificou-se, nos domínios da versão portuguesa, uma consistência interna boa (domínio 1 – Cognição, 3 – Auto-cuidado e 6 – Participação), muito boa (domínio 2 – Mobilidade e 5 – Actividade Diárias) e fraca no domínio 4 – Relações Interpessoais. Noutros estudos semelhantes para amostras com problemas de saúde o domínio 4 – Relações Interpessoais é o que apresenta valores mais baixos de consistência interna

0,69 [52], 0,80 [34] e 0,84 [33]. Na segunda fase de estudos realizados pela OMS em vários países do mundo para testar as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0 a consistência interna foi muito boa, apresentando valores de Alpha entre 0,94 e 0,96 nos domínios. O resultado obtido na versão portuguesa pode dever-se ao facto da amostra ser pequena, sendo necessário confirmar o resultado numa amostra maior. Pode-se concluir, face aos resultados deste estudo que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 tem muito boa consistência interna [1].

A fiabilidade inter-observadores foi analisada através dos valores de CCI, podendo constatar que o valor total do instrumento é de 0,91, significando que a fiabilidade inter-observadores é muito boa. No entanto, a fiabilidade inter-observadores para os domínios 4 – Relações Interpessoais (0,64) e 6 – Participação (0,69) é apenas satisfatória. Quando comparados estes resultados com os obtidos no estudo referenciado anteriormente [34], verifica-se que a fiabilidade inter-observadores na maioria dos domínios do WHODAS 2.0 é maior no presente estudo. Relativamente à segunda fase de estudos realizados pela OMS, em vários países do mundo para testar as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0, verificou-se que a fiabilidade inter-observadores nestes 2 domínios foi muito boa. Com base nestes resultados pode-se concluir que existiu muito boa concordância entre os dois entrevistadores [1].

Os resultados deste estudo contribuíram para demonstrar que, no geral, a versão portuguesa do WHODAS 2.0 é fiável apresentando valores elevados de consistência interna e fiabilidade inter-observadores, respondendo assim à primeira hipótese de estudo apresentada no capítulo III, subcapítulo 4.

A validade de critério do WHODAS 2.0 foi avaliada através da análise das correlações deste instrumento com dois instrumentos muito usados em amostras com utentes que tiveram AVC, o IB e a EMR. Para determinar a correlação entre o WHODAS 2.0 e o IB foi usado o coeficiente de correlação de Spearman. Nos domínios comuns aos dois instrumentos (domínios 2 – Mobilidade, 3 – Auto-cuidado e 5 – Actividades Diárias) existe uma correlação estatisticamente significativa (moderada e alta). Quanto aos domínios não existentes no IB (domínios 1 – Cognição, 4 – Relações Interpessoais e 6 – Participação), só o domínio 1 – Cognição teve correlação estatisticamente significativa (moderada) com o IB. Os valores da correlação são negativos porque as escalas funcionam em sentidos opostos, no entanto, os instrumentos medem critérios

semelhantes. A correlação entre o WHODAS 2.0 e a ERM foi avaliada através da correlação de Kendell's tau, mostrando que os domínios 1 – Cognição, 4 – Relações Interpessoais e 6 – Participação não têm correlação estatisticamente significativa e que os domínios 2 – Mobilidade, 3 – Auto-cuidado e 5 – Actividades Diárias são medidos em ambos os instrumentos e apresentam correlação estatisticamente significativa, moderadas e mesmo alta no domínio 5. O valor total das correlações da versão portuguesa do WHODAS 2.0 com o IB (-0,68) e ERM (0,55) indica correlações moderadas entre os instrumentos. Estas correlações vêm confirmar a validade de critério do WHODAS 2.0, tal como aconteceu nos estudos de Pösh et Cieza e Schlote [33-34].

A validade de constructo da versão portuguesa do WHODAS 2.0 foi avaliada através da análise comparativa dos valores da média das duas amostras (utentes com AVC e estudantes). Nos domínios 1 – Cognição, 2 – Mobilidade, 3 – Auto-cuidado, 5 – Actividades Diárias e 6 – Participação as diferenças entre os valores médios e dp das duas amostras são estatisticamente significativas. Só no domínio 4 – Relações Interpessoais é que as diferenças não são estatisticamente significativas, apresentando teste T de 1,80 e $p > 0,05$ (Tabela 6). A excepção neste domínio pode ser explicada pelo facto dos utentes com AVC que fazem fisioterapia em ambulatório, terem menos dificuldades nas suas relações familiares e sociais. Num estudo semelhante de 2008 são apresentados os valores de média e dp para cada domínio do WHODAS 2.0 em duas amostras diferentes (“adultos saudáveis” e utentes adultos com problemas de saúde) [52], onde se pode verificar que as diferenças são menores às encontradas neste estudo com a versão portuguesa da WHODAS 2.0. Face a estes resultados pode-se concluir que o instrumento apresenta validade de constructo aceitável.

Para avaliar a correlação entre os domínios foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson entre cada um dos 6 domínios e o valor total da amostra com AVC. Após análise dos resultados (Tabela 7), verificamos uma correlação muito alta dos domínios 3 – Auto-cuidado e 5 – Actividades Diárias, alta dos domínios 1 – Cognição, 2 – Mobilidade e 6 – Participação e uma correlação moderada no domínio 4 – Relações Interpessoais com o valor total. No estudo de Federici [52] para uma amostra com problemas de saúde diversos, os domínios 1 – Cognição, 3 – Auto-cuidado e 4 – Relações Interpessoais também apresentaram uma correlação moderada com o valor total, sendo que dos restantes domínios nenhum atingiu uma correlação muito alta com

o valor total do instrumento. A análise da correlação do domínio 4 – Relações Interpessoais com os outros domínios mostra que existe uma correlação alta (estatisticamente significativa) entre este domínio e o domínio 1 – Cognição. Pode-se dizer que existem itens do domínio 4 – Relações Interpessoais que poderiam ser encontrados noutro domínio (domínio 1 – Cognição), atendendo à correlação entre os domínios.

1. Considerações finais e limites do estudo

Perante a análise de todos os resultados, pode-se afirmar que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 é um instrumento que apresenta equivalência conceptual e semântica à versão original, sendo fácil de utilizar e compreender. Apresenta, também, características psicométricas que permitem a sua utilização em utentes com AVC.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A maior limitação diz respeito ao tamanho da amostra usada na fase 3 para avaliar as propriedades psicométricas, tratando-se de uma amostra pequena e não aleatória. Esta limitação foi resultado de alguns problemas que ocorreram durante as fases do estudo, como por exemplo a pouca disponibilidade de tempo dos utentes para se aplicar o protocolo. Daqui resultou a impossibilidade de analisar com o teste-reteste a reprodutibilidade do instrumento.

Sendo este o primeiro estudo em Portugal com este instrumento que mede domínios da vida tão importantes como a funcionalidade é necessário que apareçam mais estudos com este instrumento em amostras maiores, com utentes com AVC e outras condições de saúde. Estes estudos são necessários para que a versão portuguesa do WHODAS 2.0 se torne um instrumento válido, fidedigno e mensurável não só para as áreas da saúde mas, também, noutras áreas como a social.

A utilidade das medidas de resultados para avaliar a necessidade efectiva de intervenções em situações reais, em pequena ou longa escala, é importante. O WHODAS 2.0 permite avaliar níveis de saúde e incapacidade, em grupos específicos e na população em geral. Esta avaliação ajuda a determinar qual a necessidade de serviços de saúde, o nível de cuidados necessários, como pode ser melhorado o desempenho no trabalho, a funcionalidade após alta hospitalar, entre outras.

Capítulo VI – Conclusões

1. Resumo do trabalho

O envelhecimento populacional conduz a um aumento da prevalência de doenças crónicas, sendo o AVC uma patologia crónica importante e uma das causas mais importantes de incapacidade na Europa e a primeira causa em Portugal. Este facto constitui uma crescente preocupação em todo o mundo não só pelo impacto a nível da saúde, de desempenho e produtividade, como também, pelos custos económicos e sociais que acarretam.

Em Portugal são pouco utilizados instrumentos válidos e fidedignos que avaliam o estado funcional em pessoas com AVC; no entanto, a utilidade das medidas de resultados para avaliar a efectividade de intervenções em situações reais, assim como para diagnosticar possíveis problemas é inquestionável [45].

O presente estudo teve como principal objectivo contribuir para a adaptação e validação de um instrumento de avaliação da funcionalidade geral, o WHODAS 2.0. O contributo para a adaptação e validação cultural do WHODAS 2.0 para português veio acrescentar uma forma de avaliação e medição da funcionalidade em várias condições de saúde, incluindo o AVC.

2. Sistematização dos resultados

Através da análise dos resultados obtidos foi possível constatar que a versão portuguesa deste instrumento é semanticamente equivalente à versão original, sendo ainda detentora de bons níveis de fiabilidade, quer quanto à sua consistência interna, quer quanto à fiabilidade inter-observadores. Estes resultados foram equivalentes aos obtidos na segunda fase de estudos realizados pela OMS em vários países do mundo para testar as propriedades psicométricas do WHODAS 2.0, tendo sido considerado um instrumento com muito boa consistência interna e fiabilidade inter-observadores.

3. Trabalhos futuros

Considerando este trabalho como um estudo piloto em Portugal, que contribuiu para a verificação da fiabilidade e validade do WHODAS 2.0, numa população de utentes com diagnóstico de AVC, propõe-se o seu aprofundamento no sentido de ultrapassar

algumas das limitações apontadas, nomeadamente aumentando o tamanho da amostra e realizando o teste re-teste.

Como recomendação para trabalhos futuros sugere-se: i) validação das outras versões do WHODAS 2.0; ii) realização de estudos em diferentes populações e contextos que generalizem e verifiquem a adaptabilidade deste instrumento à população em geral, independentemente da condição de saúde.

Em Portugal há necessidade de realizar mais investigações onde esta problemática da funcionalidade seja objecto de estudo, no contexto da CIF proposta pela OMS. O desenvolvimento de linhas de investigação, no sentido de adaptar e validar instrumentos a esta classificação, permitirão avaliar o impacto das doenças crónicas na funcionalidade, o que constitui uma necessidade, para os profissionais responsáveis pela sua investigação, prevenção, diagnóstico e tratamento.

Espera-se que o contributo para a versão portuguesa do WHODAS 2.0 seja, futuramente, uma referência para outros estudos nesta área, em Portugal.

7. Bibliografia

1. World Health Organization, *Measuring Health and Disability - Manual for WHO Disability Assessment Schedule*. 1.^a ed, ed. WHO. 2010, Geneva: TB. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chattterji, J. Rehm.
2. Organização Mundial de Saúde, *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, D.g.d. Saúde, Editor. 2004, Direcção geral da Saúde: Lisboa.
3. Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, ed. *1.º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou incapacidade*. 1.^a ed. 2006, Instituto do Emprego e Formação Profissional/Gabinete de Comunicação: Lisboa.
4. Kjellström, T., B. Norrving, and A. Shatchkute, *Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies*. 2006, Copevhen: World Health Organization.
5. World Health Organization, *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. 2004, Geneva.
6. World Health Organization, *Global Burden of disease 2004 update*, D.w.f.d.a. conditions, Editor. 2004.
7. World Health Organization, *Anual Incidence for Select Causes, High Income Countries and Low-and Middle-Income Countries*. 2004.
8. world Health Organization, *Deaths by Cause, Hight income Countries and Low- and Middle- Income Countries*. 2004.
9. World Health Organization, *Prevalence for selected causes, High Inncome Countries and Low- and Middle- Income Countries*. 2004.
10. Carvalhido, T. and M. Pontes, *Reabilitação Domiciliária em Pessoas que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral* Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, 2009. **6**: p. 140-150.
11. World Health Organization. *World Data Table*. 2007 [cited 2010 21 de MARço]; Available from: www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_29_world_data_table.pdf.
12. Alto Comissário da Saúde, *Evolução dos Valores dos Indicadores em Portugal Continental (2001-2008)*, P.N.d.S. 2004-2010, Editor. 2010, Ministério da Saúde: Lisboa.
13. Alto Comissariado da Saúde, *Avaliação de Indicadores*, P.N.d.S. 2004-2010, Editor. 2009, Ministérios da Saúde: Lisboa.
14. World Health Organization (2009) *Cardiovascular Desease*.
15. world Health Organization, *Avoiding Heart Attacks and Strokes: Don't be a Victim - Protect Yourself*. 2005, Geneva: Who Library
16. Organização Mundial de Saúde, *Guia do Principiante - Para uma Linguagem Comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - ICF*, S.N.p.a.R.e.I.d.P.c. Deficiência, Editor. 2002, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência: Lisboa.
17. World Health Organization, *Working together for health*. 2006, Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
18. Buñuales, M.T.J., P.G. Diego, and J.M.M. Moreno, *La Classificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Revista Espanho.a de la Salud Pública, 2002. **4**(76): p. 271-279.
19. Farias, N. and C.M. Buchalla, *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas* Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005. **8**(2): p. 187-93.
20. Federici, S., F. Meloni, and A. loPresti, *International Literature Review on WHODAS II. Life Span and Disability*, 2009. **XII**(1): p. 83-110.
21. Rätty, S., A. Aromaa, and P. Koponen, *Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys - ICF as a framework*. 2003: National Public Health Institute KTL Department of Health and Functional Capacity.

22. Nubila, H.B.V.D. and C.M. Buchalla, *O Papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas Definições de Deficiência e Incapacidade*. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2008. **11**(2): p. 324-35.
23. Nordenfelt, L., *Notes on the Prefinal Draft of ICIDH-2 From an Action-Theoretic Point Of View*, in *Dept of Health and Society*. 2001, Linköping University: Linköping.
24. Sampaio, R.F. and M.T. Luz, *Funcionalidade e Incapacidade Humana: Explorando o Escopo da Classificação Internacional da Organização Mundial da Saúde*. Cad. Saúde Pública, 2009. **25**(3): p. 475-483.
25. Organização Mundial de Saúde, *GUIA DO PRINCIPIANTE - Para uma Linguagem Comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF*, ed. S.N.p.a.R.e.I.d.P.c. Deficiência. 2005, Lisboa: Organização Mundial de Saúde
26. Bruyere, S.M., S. VanLooy, and D. Peterson, *The International Classification of Functioning, Disability and Health: Comtemporany Literature Overview*. Rehabilitation Psychology, 2005. **50**(2): p. 1-21.
27. Organização Mundial de Saúde, *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, D.g.d. Saúde, Editor. 2003, Direcção geral da Saúde.
28. Stucky, G., et al., *Aplication of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice*. Disability & Rehabilitation, 2002. **24**(5): p. 281-282.
29. World Health Organization, *WHODAS II Training Manual: A Guide to Administration*. 2000.
30. Cieza, A., et al., *Development of ICF Core Sets for Patients with Chronic Conditions*. Journal of Rehabilitation Medicina 2004. **Suppl**(44): p. 9-11.
31. Cieza, A., et al., *Identification of Candidate Categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) foa a Generic ICF Core Set based on regression modelling*. BMC Medical Research Methodology, 2006. **6**(36): p. 1-16.
32. CAS, *The WHO Disability Assessment Schedule (WHO - DAS II) and its relation with ICF*, in *Meeting os Heads of WHO colaborating centres for the Family of International Classifications*, W.H. Organization, Editor. 2002, WHO: Brisbane, Queensland. p. 1-5.
33. Pösl, M., A. Cieza, and G. Stucki, *Psychometric properties of the WHODAS II in rehabilitation patients*. Qual Life Res, 2007(16): p. 1521-1531.
34. Schlote, A., et al., *WHODAS II with people after stroke and their relatives*. Disability and Rehabilitation, 2009. **31**(11): p. 855-864.
35. Andrews, G., *WHO DAS II – Using the World Health Organization Disability Assessment Scale to operationalize the concepts in the International Classification of Functioning, Disability and Health*.
36. Szklo, R. and F. Nieto, *Epidemiology Beyond the Basis*. 2000: Aspen Publications.
37. Pynsent, P., *Choosing an outcome measure*. The journal of Bone & Joint Surgery 2001. **83-B**(6): p. 792-794.
38. Ferreira, P.L. and F.B. Marques, *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais*. 1998: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
39. Beaton, D.E., et al., *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. Spine, 2000. **25**(24): p. 3186-3191.
40. Baladin, S., N. Berg, and A. Waller, *Assessing the Loneliness of Older people with Cerebral Palsy*. Disability & Rehabilitation, 2006. **28**(8): p. 469-479.
41. ARAÚJO, F., et al., *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Qualidade de Vida, 2007. **25**(2): p. 59-66.
42. Diestre, G. and M.T. Vilarmau, *Evolución de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en la Unidad de Convalecencia y Rehabilitación (UCR)*. Rev Mult Gerontol, 2000. **10**(1): p. 26-32.
43. Sabartés, O., et al., *Deterioro funcional del anciano frágil con patología respiratoria crónica. Valoración multidisciplinar*. Rev Mult Gerontol, 2003. **13**(3): p. 143-150.

44. Wilson, L. and A. Hareendran, *Structured Interview for the Modified Rankin Scale*. 2002.
45. Silva, M., *Medidas de Resultados (Outcome Measures)*. EssFisionline, 2005. **2**(1): p. 59-75.
46. Stoke, S., et al., *IDVQ: L'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne*. 2003, Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
47. Pestana, M. and J. Gageiro, *Análise de Dados para Ciências Sociais - a Complementaridade do SPSS*. 4.^a ed. 2005, Lisboa: Edições Sílabo.
48. Bryman, A. and D. Cramer, *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. 1992, Lisboa: Celta.
49. Guillermin, F., *Cross-Cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures*. Scandinavian Journal of Rheumatology, 1995(24): p. 61-63.
50. Fachado, A., et al., *Adaptação Cultural e Validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Surveys (MOS-SSS)* Acta Médica Portuguesa, 2007(20): p. 525-33.
51. Gil, J., *Adaptação e Validação Cultural do Roland and Morris Questionnaire e do Short-Form 6 item Questionnaire*. 2004, Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.
52. Federici, S., et al., *World Health Organization Assessment Schedule II: Contribution to the Italian Validation*. Disability & Rehabilitation, 2008. **31**(7): p. 553-564.

ANEXO 1 – Autorização da Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro E.P.E.



HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E.
AVEIRO

Rua Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO
T. 234 378 300 - Fax 234 378 395
geral@hdaveiro.min-saude.pt
Inscrita na Conservatória do Registo Comercial
Aveiro, nº 5846
Capital Social 29.930.000 €
Taxa Colectiva nº 506 361 543

Ex.mo Senhor
Dr. António José Monteiro Amaro
Escola Sup. Saúde de Aveiro da
Universidade de Aveiro
Campus Univ. Santiago
3800-193 AVEIRO

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro,

008411

01/0

ASSUNTO: Pedido de realização de projecto “ Influência dos factores ambientais na funcionalidade do doente com sequelas de AVC”

Na sequência do pedido efectuado, venho por esta forma informar a autorização da realização do projecto de investigação.

Junto remetemos cópia da carta da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

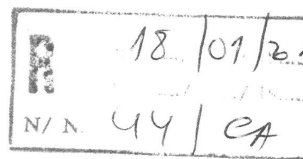
Francisco Luís Pimentel
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

(Prof. Doutor Francisco Luís Pimentel)

GM.

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

EXMO SENHOR DIRECTOR
DO
HOSPITAL INFANTE D. PEDRO E.P.E.
AVEIRO

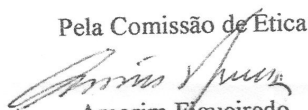


A Comissão de Ética reuniu no dia 13 de Janeiro de 2010, com a ausência justificada da Senhora enfermeira D. Maria do Céu, Dra. Filomena e Dra. Isabel Rosete. Analisou um pedido para a realização de um projecto de investigação oriundo da Universidade de Aveiro, intitulado “Influência dos factores ambientais na funcionalidade do doente com sequelas de A V C “, tendo como investigador principal o Dr. António Amaro, fisiatra e docente da Universidade, que em reunião deu todos os esclarecimentos pedidos sobre os princípios, meios e objectivos do estudo. Tem a autorização da Directora do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, onde se vai desenvolver e o consentimento informado, livre e esclarecido, pelo que a Comissão de Ética entende nada haver que impeça a pretensão apresentada.

Respeitosos cumprimentos

Aveiro 13 de Janeiro de 2010

Pela Comissão de Ética



Amorim Figueiredo
(Presidente)

ANEXO 2 – Versão Portuguesa de 36 itens do WHODAS 2.0

PROTOCOLO - FACTORES AMBIENTAIS e FUNCIONALIDADE NO AVC

Ao completar este protocolo, use toda a informação disponível. Por favor, assinale o que for utilizar:

- [1] Registos escritos []
- [2] Respondente primário []
- [3] Outros informantes []
- [4] Observação directa []

Data __ / __ / __ (dia/mês/ano)

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA e de SAÚDE

A.1 N.º DE PARTICIPANTE _____

A.2 SEXO

(1) [] Feminino (2) [] Masculino

A.3 DATA DE NASCIMENTO __ / __ / __ (dia/mês/ano)

A.4 CONCELHO _____

A.5 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL __

A.6 ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL (Seleccione apenas uma opção)

- (1) Nunca foi casado []
- (2) Actualmente casado []
- (3) Separado []
- (4) Divorciado []
- (5) Viúvo []
- (6) Coabitação []

A.7 OCUPAÇÃO ACTUAL (Seleccione apenas uma opção)

- (1) Emprego assalariado []
- (2) Trabalha por conta própria (autónomo) []
- (3) Não assalariado, voluntário/caridade []
- (4) Estudante []
- (5) Doméstica/Dona de casa []
- (6) Aposentado []
- (7) Desempregado (razão de saúde) []
- (8) Desempregado (outra razão) []
- (9) Outro [] (por favor especifique) _____

A.8 DIAGNÓSTICO MÉDICO das Principais Condições de Saúde

- 1. Não existe nenhuma Condição Médica []
- 2. código da CID: __. __. __. __. __
- 3. código da CID: __. __. __. __. __
- 4. código da CID: __. __. __. __. __
- 5. Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém a sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos []

Duração do AVC _____

A.9 MEDICAÇÃO

1. Não existe nenhuma Medicação []
2. 4.
3. 5.

A.10 ALTURA: ____ cm

A.11 PESO: ____ Kg

A.12 MÃO DOMINANTE (anterior à condição de saúde)
Esquerda [] Direita [] Ambidestro []

A.13 FOI HOSPITALIZADO NO ÚLTIMO ANO?

NÃO []

SIM []

Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. _____; _____. _____. Quantos Dias ____
2. _____; _____. _____. Quantos Dias ____
3. _____; _____. _____. Quantos Dias ____

A.14 TIPO DE RESIDÊNCIA

- (1) [] Particular
- (2) [] Lar residencial
- (3) [] Residência assistida
- (4) [] Cuidados continuados
- (5) [] Outra: _____

A.15 SUPORTE INSTITUCIONAL

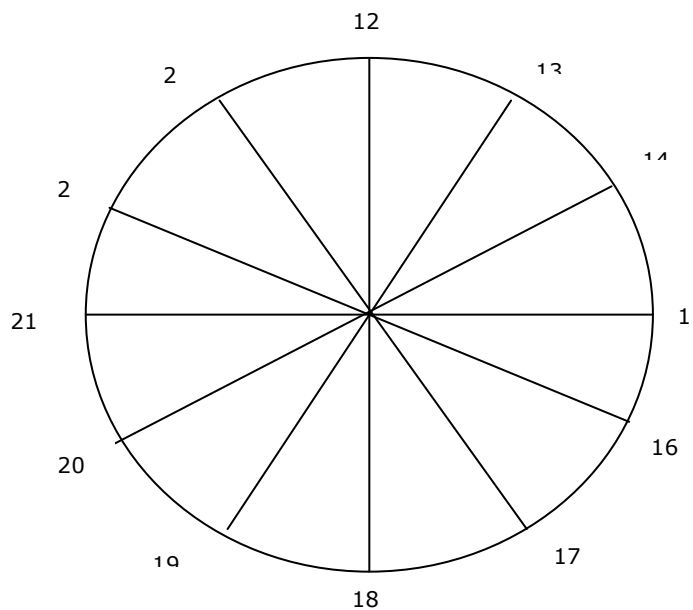
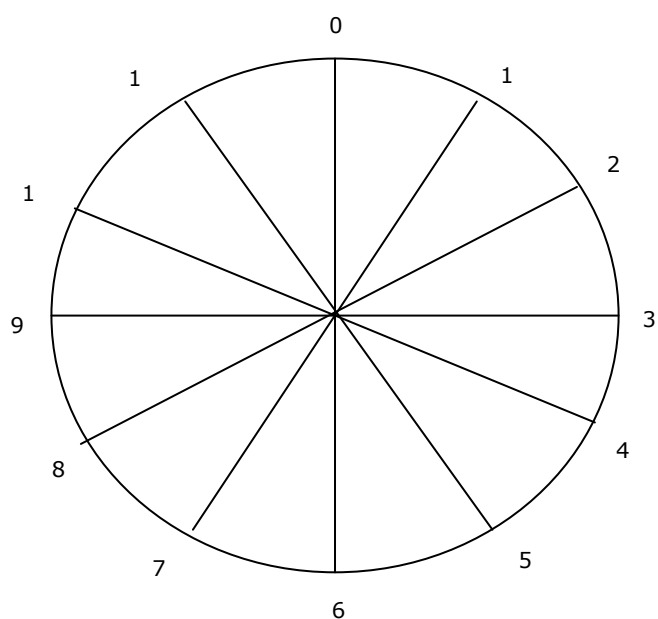
Sem suporte []

Com suporte []

Por favor especifique:

- (1) [] Centro de convívio
- (2) [] Centro de dia
- (3) [] Centro de noite
- (4) [] Apoio domiciliário
- (5) [] Outra: _____

A.16 Padrão de actividades



<i>Padrão de actividades</i>	
<i>Ocupação</i>	<i>Horas/Dia</i>
AVDs	
AIVDs	
LRJ	

B. WHODAS II

DOMÍNIO 1 - Cognição

Irei colocar-lhe algumas questões acerca da Compreensão e Comunicação.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D1.1 Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2 Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3 Analisar e encontrar soluções para problemas da vida quotidiana (dia-a-dia)?	1	2	3	4	5
D1.4 Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5
D1.5 Compreender, em geral, o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1.6 Iniciar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 2 - Mobilidade

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Movimentar-se.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D2.1 Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2 Levantar-se a partir da posição de sentado?	1	2	3	4	5
D2.3 Deslocar-se dentro de casa?	1	2	3	4	5
D2.4 Deslocar-se para fora de casa?	1	2	3	4	5
D2.5 Andar uma distância longa como um quilómetro [ou equivalente]?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 3 - Auto-cuidado

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Cuidar de si próprio.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D3.1 Lavar todo o corpo?	1	2	3	4	5
D3.2 Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3.3 Comer?	1	2	3	4	5
D3.4 Ficar sozinho por alguns dias?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 4 - Relações Interpessoais

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Dar-se bem com pessoas. Por favor, lembre-se que apenas estou a perguntar acerca de dificuldades que são devidas a problemas de saúde. Problemas de saúde são doenças, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Pergunta para cada item Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D4.1 Lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5
D4.2 Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
D4.3 Dar-se bem com pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
D4.4 Fazer novos amigos?	1	2	3	4	5
D4.5 Actividades sexuais?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 5 - Actividades Diárias

5(1) Actividades domésticas

As questões seguintes são sobre actividades que envolvem a Lide doméstica e Cuidar das pessoas com quem vive ou que lhe são próximas. Estas actividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus bens.

Pergunta para cada item: Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D5.1 Tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D5.2 Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3 Realizar todo o trabalho doméstico que necessitava de fazer?	1	2	3	4	5
D5.4 Realizar o trabalho doméstico tão rápido quanto o necessário?	1	2	3	4	5

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D5.2-D5.5 É MAIOR QUE NENHUMA (codificado com 1), PERGUNTE:

D5.01 Nos últimos 30 dias, quantos dias teve que reduzir ou deixar de fazer por completo o trabalho doméstico, devido à sua condição de saúde?	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ___/___
--	----------------------------------

SE O RESPONDENTE TRABALHAR (PAGO, NÃO-PAGO, POR CONTA PRÓPRIA) OU ESTUDAR, COMPLETE AS QUESTÕES D5.5-D5.10 NOUTRA SITUAÇÃO, PASSE PARA A QUESTÃO D6.1 NA PRÓXIMA PÁGINA.

Pergunta para cada item: Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D5.5	No seu trabalho do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D5.6	Fazer bem as tarefas do trabalho mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.7	Realizar todo o trabalho que necessitava de fazer?	1	2	3	4	5
D5.8	Realizar o trabalho tão rápido quanto o necessário?	1	2	3	4	5
D5.9	Teve de trabalhar com menor intensidade devido à sua condição de saúde?					Não 1 Sim 2
D5.10	Ganhou menos dinheiro em resultado da sua condição de saúde?					Não 1 Sim 2

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D5.2-D5.5 É MAIOR QUE NENHUMA (codificado com 1), PERGUNTE:

D5.02	Nos últimos 30 dias, quantos dias teve que faltar ao trabalho, meio-dia ou mais, devido à sua condição de saúde?	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ___/___
-------	--	----------------------------------

DOMÍNIO 6 - Participação

Agora, irei colocar questões acerca da sua Participação em sociedade e o impacto dos seus problemas de saúde em si e na sua família. Algumas destas questões podem envolver problemas que têm mais de 30 dias, contudo nas suas respostas, concentre-se nos últimos 30 dias. Novamente, relembro-lhe para responder a estas questões pensando nos problemas de saúde: físicos, mentais ou emocionais, ou relacionados com álcool ou drogas.

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D6.1	Quanta dificuldade que teve em participar em actividades na comunidade (como por exemplo, festivais, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade que teve devido a barreiras ou obstáculos no ambiente à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade que teve em viver com dignidade devido às atitudes e acções de outras pessoas?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto tempo gastou na sua condição de saúde ou nas suas consequências? *	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde? **	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto é que a sua condição de saúde tem consumido os seus recursos financeiros ou os da sua família? **	1	2	3	4	5

* Codificação: Nenhum | Pouco | Médio | Muito | Todo

** Codificação: Nada | Ligeiramente | Moderadamente | Gravemente | Completamente

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D6.7	Quanta dificuldade teve a sua família devido aos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade teve em fazer coisas por si próprio para prazer ou para relaxar?	1	2	3	4	5

H1	Globalmente, nos últimos 30 dias, quantos dias estiveram presentes estas dificuldades?	Registe o número de dias ____
H2	Nos últimos 30 dias, em quantos dias esteve totalmente impossibilitado de realizar as suas actividades habituais ou de trabalhar devido à sua condição de saúde?	Registe o número de dias ____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias em que esteve totalmente impossibilitado, em quantos dias diminuiu ou reduziu as suas actividades habituais ou de trabalho devido à sua condição de saúde?	Registe o número de dias ____

ANEXO 3 – Índice de Bartel

N.º do Processo Clínico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONFIDENCIAL

ÍNDICE DE BARTHEL - ESCALA FUNCIONAL

1. ALIMENTAÇÃO		(marque com um círculo)
Independente	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de ajuda (para cortar os alimentos ou necessita de dieta modificada)	<input type="checkbox"/>	5
Dependente.....	<input type="checkbox"/>	0
2. TRANSFERÊNCIAS		(marque com um círculo)
Independente	<input type="checkbox"/>	15
Precisa de alguma de ajuda	<input type="checkbox"/>	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/>	0
3. TOALETE		(marque com um círculo)
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
4. UTILIZAÇÃO DO WC		(marque com um círculo)
Independente.....	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente.....	<input type="checkbox"/>	0
5. BANHO		(marque com um círculo)
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
6. MOBILIDADE		(marque com um círculo)
Anda 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar produtos de apoio).....	<input type="checkbox"/>	15
Anda menos do que 50 metros, com ajuda de outra pessoa (física ou verbal).....	<input type="checkbox"/>	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/>	5
Imóvel ou caminha < 50 metros	<input type="checkbox"/>	0
7. SUBIR E DESCER ESCADAS		(marque com um círculo)
Independente, com ou sem produtos de apoio	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente.....	<input type="checkbox"/>	0

8. VESTIR		(marque com um círculo)
Independente	<input type="checkbox"/>	10
Com ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Impossível	<input type="checkbox"/>	0
<hr/>		
9. CONTROLO INTESTINAL		(marque com um círculo)
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional (uma vez por semana)	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/>	0
<hr/>		
10. CONTROLO URINÁRIO		(marque com um círculo)
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional (máximo, uma vez por semana)	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/>	0

TOTAL	
--------------------	--

DATA: ____/____/____

ANEXO 4 – Escala de Rankin Modificada

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada¹

Grau	Descrição
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito de sintomas Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência Incapaz conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

1. Wilson JTL, Harendran A, Grant M, Baird T, Schulz UGR, Muir KW, Bone I. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use of a structured interview to assign grades on the modified rankin scale. *Stroke*. 2002;33:2243-2246.

ANEXO 5 – Versão pré-final do WHODAS 2.0 – versão 2 WHODAS II

DOMÍNIO 1 - Compreensão e Comunicação

Irei colocar-lhe algumas questões acerca da Compreensão e Comunicação.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quantifique a dificuldade que teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D1.1 Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5	
D1.2 Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5	
D1.3 Analisar e encontrar soluções para problemas da vida quotidiana (dia-a-dia)?	1	2	3	4	5	
D1.4 Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5	
D1.5 Compreender, genericamente, o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5	
D1.6 Iniciar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D1.1-D1.6 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P1.1 Quantifique a interferência que estas dificuldades tiveram no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 2 - Mobilidade

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Movimentar-se.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quantifique a dificuldade que teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D2.1 Permanecer de pé por longos períodos, como 30 minutos?	1	2	3	4	5	
D2.2 Levantar-se da posição de sentado?	1	2	3	4	5	
D2.3 Deslocar-se dentro de casa?	1	2	3	4	5	
D2.4 Deslocar-se para fora de casa?	1	2	3	4	5	
D2.5 Andar uma distância longa como um quilómetro [ou equivalente]?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D2.1-D2.5 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P2.1 Quantifique a interferência que estas dificuldades tiveram no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 3 - Auto-cuidado

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Cuidar de si próprio.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quantifique a dificuldade que teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D3.1 Lavar todo o corpo?	1	2	3	4	5	
D3.2 Vestir-se?	1	2	3	4	5	
D3.3 Comer?	1	2	3	4	5	
D3.4 Ficar sozinho por alguns dias?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D3.1-D3.4 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P3.1 Quantifique a interferência que estas dificuldades tiveram no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 4 - Relações Interpessoais

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Estar com pessoas.

Por favor, lembre-se que apenas estou a perguntar acerca de dificuldades que são devidas a problemas de saúde. Problemas de saúde são doenças, lesões, problemas emocionais ou mentais, e problemas com álcool ou drogas.

Pergunta para cada item Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quantifique a dificuldade que teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D4.1 Lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5	
D4.2 Manter uma amizade?	1	2	3	4	5	
D4.3 Relacionar-se com pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5	
D4.4 Fazer novos amigos?	1	2	3	4	5	
D4.5 Actividades sexuais?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D4.1-D4.5 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P4.1 Quantifique a interferência que estas dificuldades tiveram no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 5 - Actividades Diárias

Actividades domésticas

As questões seguintes são sobre actividades que envolvem a Manutenção doméstica e Cuidar das pessoas com quem vive ou que lhe são próximas. Estas actividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

D5.1 Quantas horas gasta nestas actividades numa semana típica?	REGISTE O NÚMERO DE HORAS ____/____
---	-------------------------------------

Pergunta para cada item: Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quantifique a dificuldade que teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D5.2 Tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5	
D5.3 Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5	
D5.4 Realizar todo o trabalho doméstico que precisava de fazer?	1	2	3	4	5	
D5.5 Realizar o trabalho doméstico tão depressa quanto o necessário?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D5.2-D5.5 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P5.1 Quantifique a interferência que estas dificuldades tiveram no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D5.6 Nos últimos 30 dias, quantos dias teve que reduzir ou deixar de fazer por completo o trabalho doméstico, devido à sua condição de saúde?	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ____/____				

SE O RESPONDENTE TRABALHAR (PAGO, NÃO-PAGO, POR CONTA PRÓPRIA) OU ESTUDAR, COMPLETE AS QUESTÕES D5.7-D5.13. NOUTRA SITUAÇÃO, PASSE PARA A QUESTÃO D6.1 NA PRÓXIMA PÁGINA.

<p>D5.7 Quantas horas gasta no trabalho (onde se inclui a escola) numa semana típica?</p>	<p>REGISTE O NÚMERO DE HORAS ____/____</p>
---	--

Pergunta para cada item: Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quantifique a dificuldade que teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D5.8 Seu dia-a-dia de trabalho?	1	2	3	4	5	
D5.9 Fazer bem as tarefas do trabalho mais importantes?	1	2	3	4	5	
D5.10 Realizar todo o trabalho que precisava de fazer?	1	2	3	4	5	
D5.11 Realizar o trabalho tão depressa quanto o necessário?	1	2	3	4	5	
D5.12 Teve de trabalhar com menor intensidade devido à sua condição de saúde?					Não Sim	1 2
D5.13 Ganhou menos dinheiro em resultado da sua condição de saúde?					Não Sim	1 2

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D5.2-D5.5 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P5.2 Quantifique a interferência que estas dificuldades tiveram no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D5.14 Nos últimos 30 dias, quantos dias teve que faltar ao trabalho, meio-dia ou mais, devido à sua condição de saúde?	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ____/____				

DOMÍNIO 6 - Participação na sociedade

Agora, irei colocar questões acerca da sua Participação em sociedade e o impacto dos seus problemas de saúde em si e na sua família. Algumas destas questões podem envolver problemas que têm mais de 30 dias, contudo nas suas respostas, concentre-se nos últimos 30 dias. Novamente, relembro-lhe para responder a estas questões pensando nos problemas de saúde: físicos, mentais ou emocionais, ou relacionados com álcool ou drogas.

NESTE DOMÍNIO NÃO É NECESSÁRIO O REGISTO DO NÚMERO DE DIAS PARA CADA QUESTÃO.

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D6.1	Quantifique a dificuldade que teve em participar em actividades na comunidade (como por exemplo, festivas, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quantifique a dificuldade que teve devido a barreiras ou obstáculos no ambiente à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quantifique a dificuldade que teve em viver com dignidade devido às atitudes e acções de outras pessoas?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto tempo gastou na sua condição de saúde ou nas suas consequências? *	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde? **	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto é que a sua condição de saúde prejudicou os seus recursos financeiros ou os da sua família? **	1	2	3	4	5

* Codificação: Nenhum | Ligeiro | Moderado | Grave | Completo

** Codificação: Nada | Ligeiramente | Moderadamente | Gravemente | Completamente

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D6.7	Quantifique a dificuldade que teve a sua família devido aos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quantifique a dificuldade que teve em fazer coisas por si próprio para prazer ou para relaxar?	1	2	3	4	5

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D6.1-D6.8 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P6.1	Quantifique a interferência que estas dificuldades tiveram no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
P6.2	Nos últimos 30 dias, em quantos dias teve estas dificuldades	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ___/___				
H3	No geral, nos últimos 30 dias, em quantos dias experimentou qualquer das dificuldades que abordámos durante esta entrevista?	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ___/___				

ANEXO 6 – WHODAS 2.0 – versão 3

WHODAS II

DOMÍNIO 1 - Compreensão e Comunicação

Irei colocar-lhe algumas questões acerca da Compreensão e Comunicação.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D1.1 Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5	
D1.2 Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5	
D1.3 Analisar e encontrar soluções para problemas da vida quotidiana (dia-a-dia)?	1	2	3	4	5	
D1.4 Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5	
D1.5 Compreender, em geral, o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5	
D1.6 Iniciar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D1.1-D1.6 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P1.1 Quanta interferência no seu dia-a-dia tiveram estas dificuldades?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 2 - Mobilidade

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Movimentar-se.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D2.1 Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	1	2	3	4	5	
D2.2 Levantar-se a partir da posição de sentado?	1	2	3	4	5	
D2.3 Deslocar-se dentro de casa?	1	2	3	4	5	
D2.4 Deslocar-se para fora de casa?	1	2	3	4	5	
D2.5 Andar uma distância longa como um quilómetro [ou equivalente]?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D2.1-D2.5 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P2.1 Quanta interferência no seu dia-a-dia tiveram estas dificuldades?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 3 - Auto-cuidado

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Cuidar de si próprio.

Pergunta para cada item: Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D3.1 Lavar todo o corpo?	1	2	3	4	5	
D3.2 Vestir-se?	1	2	3	4	5	
D3.3 Comer?	1	2	3	4	5	
D3.4 Ficar sozinho por alguns dias?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D3.1-D3.4 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P3.1 Quanta interferência no seu dia-a-dia tiveram estas dificuldades?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 4 - Relações Interpessoais

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de dificuldades em Dar-se bem com pessoas. Por favor, lembre-se que apenas estou a perguntar acerca de dificuldades que são devidas a problemas de saúde. Problemas de saúde são doenças, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Pergunta para cada item Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D4.1 Lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5	
D4.2 Manter uma amizade?	1	2	3	4	5	
D4.3 Dar-se bem com pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5	
D4.4 Fazer novos amigos?	1	2	3	4	5	
D4.5 Actividades sexuais?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D4.1-D4.5 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P4.1 Quanta interferência no seu dia-a-dia tiveram estas dificuldades?	1	2	3	4	5

DOMÍNIO 5 - Actividades Diárias

Actividades domésticas

As questões seguintes são sobre actividades que envolvem a Lide doméstica e Cuidar das pessoas com quem vive ou que lhe são próximas. Estas actividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus bens.

D5.1	Quantas horas gasta nestas actividades numa semana típica?	REGISTE O NÚMERO DE HORAS	___/___
------	--	---------------------------	---------

Pergunta para cada item: Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D5.2 Tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5	
D5.3 Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5	
D5.4 Realizar todo o trabalho doméstico que necessitava de fazer?	1	2	3	4	5	
D5.5 Realizar o trabalho doméstico tão rápido quanto o necessário?	1	2	3	4	5	

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D5.2-D5.5 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P5.1 Quanta interferência no seu dia-a-dia tiveram estas dificuldades?	1	2	3	4	5
D5.6 Nos últimos 30 dias, quantos dias teve que reduzir ou deixar de fazer por completo o trabalho doméstico, devido à sua condição de saúde?	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ___/___				

SE O RESPONDENTE TRABALHAR (PAGO, NÃO-PAGO, POR CONTA PRÓPRIA) OU ESTUDAR, COMPLETE AS QUESTÕES D5.7-D5.13. NOUTRA SITUAÇÃO, PASSE PARA A QUESTÃO D6.1 NA PRÓXIMA PÁGINA.

<p>D5.7 Quantas horas gasta no trabalho (onde se inclui a escola) numa semana típica?</p>	<p>REGISTE O NÚMERO DE HORAS ____/____</p>
---	--

Pergunta para cada item: Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:

Pergunta para "N.º de dias": Quantos dias esteve esta dificuldade presente?

		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz	N.º de Dias
D5.8	No seu trabalho do dia-a-dia?	1	2	3	4	5	
D5.9	Fazer bem as tarefas do trabalho mais importantes?	1	2	3	4	5	
D5.10	Realizar todo o trabalho que necessitava de fazer?	1	2	3	4	5	
D5.11	Realizar o trabalho tão rápido quanto o necessário?	1	2	3	4	5	
D5.12	Teve de trabalhar com menor intensidade devido à sua condição de saúde?						Não Sim 1 2
D5.13	Ganhou menos dinheiro em resultado da sua condição de saúde?						Não Sim 1 2

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D5.2-D5.5 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D5.12 D5.13 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERCORRE:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P5.2	Quanta interferência no seu dia-a-dia tiveram estas dificuldades?	1	2	3	4	5
D5.14	Nos últimos 30 dias, quantos dias teve que faltar ao trabalho, meio-dia ou mais, devido à sua condição de saúde?	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ____/____				

DOMÍNIO 6 - Participação na sociedade

Agora, irei colocar questões acerca da sua Participação em sociedade e o impacto dos seus problemas de saúde em si e na sua família. Algumas destas questões podem envolver problemas que têm mais de 30 dias, contudo nas suas respostas, concentre-se nos últimos 30 dias. Novamente, relembro-lhe para responder a estas questões pensando nos problemas de saúde: físicos, mentais ou emocionais, ou relacionados com álcool ou drogas.

NESTE DOMÍNIO NÃO É NECESSÁRIO O REGISTO DO NÚMERO DE DIAS PARA CADA QUESTÃO.

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D6.1	Quanta dificuldade que teve em participar em actividades na comunidade (como por exemplo, festivais, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade que teve devido a barreiras ou obstáculos no ambiente à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade que teve em viver com dignidade devido às atitudes e acções de outras pessoas?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto tempo gastou na sua condição de saúde ou nas suas consequências? *	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde? **	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto é que a sua condição de saúde tem consumido os seus recursos financeiros ou os da sua família? **	1	2	3	4	5

* Codificação: Nenhum | Pouco | Médio | Muito | Todo

** Codificação: Nada | Ligeiramente | Moderadamente | Gravemente | Completamente

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
D6.7	Quanta dificuldade que teve a sua família devido aos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade que teve em fazer coisas por si próprio para prazer ou para relaxar?	1	2	3	4	5

Aprofundar: SE ALGUM DOS ITENS DE D6.1-D6.8 É MAIOR QUE NENHUMA (1), PERGUNTE:

		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
P6.1	Quanta interferência que estas dificuldades tiveram no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
P6.2	Nos últimos 30 dias, em quantos dias teve estas dificuldades	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ___/___				

H3	No geral, nos últimos 30 dias, em quantos dias experimentou qualquer das dificuldades que abordámos durante esta entrevista?	REGISTE O NÚMERO DE DIAS ___/___				
----	--	----------------------------------	--	--	--	--

ANEXO 7 – Convite à Participação

1. Introdução

O meu nome é Sérgio Miguel Ribeiro, sou aluno do Mestrado em Gerontologia da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e gostaria de o/a convidar para participar no estudo que tenho de realizar. Contudo, antes de decidir se gostaria de participar, é importante que compreenda os objectivos do estudo e o que ele envolve. Peço-lhe que leia atentamente as informações que se seguem e que as discuta com parentes e/ou amigos se, assim, o desejar. Por favor, sinta-se à vontade para me contactar e colocar todas as questões que lhe surjam, caso alguma informação não esteja suficientemente clara ou caso queira mais informações (o número de telefone e morada encontram-se no final desta folha).

2. Informação adicional

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu alguns instrumentos para avaliar a condição de saúde das pessoas. Contudo, estes instrumentos precisam de ser adaptados à cultura e língua dos vários países antes de poderem ser utilizados. Há também a necessidade de propor novas metodologias de avaliação que precisam de ser testadas antes de poderem ser divulgadas e utilizadas pelos profissionais de saúde para avaliar os seus utentes. É necessário verificar se os instrumentos e metodologias de avaliação dão o mesmo resultado que outros testes que já existem e que também dão o mesmo resultado se forem aplicados por diferentes investigadores. Assim, este estudo tem como objectivo testar instrumentos e metodologias de avaliação para verificar se estes dão informação correcta.

3. Será que sou a pessoa adequada para participar neste estudo?

Para participar neste estudo, procuramos pessoas que tenham tido um acidente vascular cerebral (trombose) há mais de 6 meses.

4. Sou obrigado a participar no estudo?

A decisão de participar ou não no estudo é sua! Se decidir participar ser-lhe-à pedido que assine a folha do consentimento informado e que nos dê uma entrevista. **Se decidir participar e depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.**

5. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Se decidir participar no estudo, será entrevistado em **4** ocasiões por 2 alunos de Mestrado da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (2 entrevistas serão realizadas por mim e as outras 2 por um colega (Ana Isabel Martins)). Cada entrevista demorará cerca de 45 minutos e terá lugar na CLINAGUE. Durante a entrevista serão feitas perguntas sobre a sua saúde e o modo como esta interfere nas suas actividades do dia-a-dia (exemplos: comer, andar, relacionar-se com outras pessoas, etc). **Não é obrigado a responder a todas as perguntas. Responde apenas às perguntas que quiser.** O horário das entrevistas será combinado consigo para que não interfira com o seu tratamento ou com os horários de transporte.

6. O que tenho de fazer?

Apenas tem que responder às perguntas que lhe são colocadas. Volto a referir que não tem que responder a todas as perguntas se não quiser.

7. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

O estudo realiza-se no âmbito de um projecto de Mestrado e não o ajudará a si directamente. Contudo, os resultados deste estudo irão ajudar os investigadores a desenvolver novas metodologias de avaliação que poderão, no futuro, vir a ser utilizadas pelos profissionais de saúde para avaliar os seus utentes.

8. O que acontecerá aos resultados do estudo?

Uma vez concluído o estudo, os seus resultados serão apresentados sob a forma de teses de Mestrado e poderão também vir a ser publicados numa revista de investigação.

9. Será assegurada a confidencialidade dos dados?

O seu anonimato será sempre garantido, para o que a informação recolhida será codificada e mantida estritamente confidencial para todos os que não estejam directamente envolvidos no estudo.

Contacto do aluno (caso queira colocar dúvidas ou questões):

919813078 – Sérgio Ribeiro

Contacto do orientador:

Se estiver interessado em obter mais informações poderá também contactar o Professor Doutor António Amaro em qualquer altura, através dos seguintes contactos:

Morada: Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Campus Universitário de Santiago, Edifício III, 3810-193 Aveiro.

Telefone: 234372447; Extensão: 22106

Email: antonio.amaro@ua.pt

ANEXO 8 – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Por favor responda às questões que se seguem fazendo uma cruz na resposta apropriada:

	Sim	Não
Eu li a folha de Informação aos Participantes		
Eu recebi toda a informação adequada sobre este estudo		
Estou satisfeito com as respostas às minhas perguntas		
Eu compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura		
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo		
Falei com Sérgio Ribeiro		
Eu concordo em participar neste estudo		

Nome do participante:

Assinatura do participante:

.....

Nome do investigador:

Assinatura do investigador:

Data:

ANEXO 9 – Grau de Dificuldade

1	Nenhuma ou Ausente	2	Ligeira, Pequena ou Leve	3	Moderada, Média ou Regular	4	Grave, Grande ou Extrema	5	Completa, Não Faz ou Total
---	-----------------------	---	--------------------------------	---	----------------------------------	---	--------------------------------	---	----------------------------------

ANEXO 10 – Significado de “Condição de Saúde” e “Ter dificuldade numa actividade”

Condições de Saúde:

- Doenças ou outros problemas de saúde
- Lesões
- Problemas emocionais ou mentais
- Problemas com o álcool
- Problemas com drogas

Ter dificuldades numa actividade significa:

- Aumento do esforço
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações na forma como faz a actividade

Pense, apenas, nos últimos 30 dias.